

# **O papel da Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia na formulação de políticas de saúde**

**Sofia de Figueiredo Ribeiro**

**Relatório de Estágio de Mestrado em Ciência Política e Relações  
Internacionais**

**Setembro de 2016**

# **O papel da Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia na formulação de políticas de saúde**

**Sofia de Figueiredo Ribeiro**

**Relatório de Estágio de Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais**

**Setembro de 2016**

Relatório de Estágio referente à componente não lectiva do Mestrado em Ciência Política e Relações internacionais, especialização em Estudos Europeus, elaborado sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Santos Pinto.

## **Declarações**

Declaro que este Relatório de Estágio é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

Lisboa, 12 de Setembro de 2016

Declaro que este Relatório de Estágio se encontra em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora,

---

Lisboa, 12 de Setembro de 2016

“If we put fairness at the heart of decision making policies, health would improve  
and health inequalities would diminish.”

Sir Michael Marmot

## Agradecimentos

À Professora Ana Santos Pinto, por todo o apoio prestado ao longo do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais no sentido de facilitar a minha aquisição de conhecimentos nesta área, e por aceitar orientar a componente não lectiva do Mestrado.

Ao Doutor Roberto Bertollini, orientador de estágio na Representação da OMS junto da OMS, pelo contributo extraordinário para o meu desenvolvimento profissional.

À Inês Vendrell e ao Diogo Medina, por apoiarem incondicionalmente o meu percurso académico, profissional e pessoal; e por serem os meus maiores críticos.

## **O papel da Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia na formulação de políticas de saúde**

Sofia de Figueiredo Ribeiro

### **RESUMO**

As *policy networks*, bem como as comunidades epistémicas, desempenham um papel fundamental nos processos e decisão política no âmbito da União Europeia, em diversas áreas funcionais, sendo uma delas a saúde. A problematização e explicação dos diversos assuntos discutidos a nível da União Europeia podem ser analisados através do contributo das diversas comunidades epistémicas.

Este trabalho procura avaliar a contribuição da Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia na formulação de políticas de saúde, analisando a sua atuação em diversas áreas e a sua interação com outros parceiros. São utilizados dois casos de estudo para ilustrar a complexidade da formulação de políticas de saúde a nível da União Europeia, e também a interação das *policy networks* e comunidades epistémicas nas temáticas do álcool e do tabaco.

Neste relatório são igualmente descritos os objetivos do estágio e as atividades realizadas durante o mesmo, terminando com uma apreciação crítica das mesmas e do funcionamento da instituição.

Conclui-se que a Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia desempenha um papel importante na formulação de políticas de saúde a nível da União Europeia, pelo seu estatuto técnico e imparcial.

**PALAVRAS-CHAVE:** União Europeia; Políticas de Saúde; Lobbying; Organização Mundial de Saúde

# **The role of the Representation of the World Health Organization to the European Union in health policy making**

Sofia de Figueiredo Ribeiro

## **ABSTRACT**

Policy networks, as epistemic communities, play an important role in the processes and in political decision in the European Union in several areas, one of them being health. The problematization and explanation of the several aspects discussed at European Union level can be analyzed through the contribution of several epistemic communities.

This work aims to evaluate the contribution of the Representation of the World Health Organization to the European Union in health policy making, by analyzing its action in several areas and also the interaction with other stakeholders. Two case studies are used to illustrate the complexity of policymaking in health at European Union level, and also the interaction of the policy networks and epistemic communities in the topics of alcohol and tobacco.

The objectives of the internship and the activities conducted are also described in this report, which ends with a critical appraisal of those and the functioning of the receiving institution.

We conclude that the Representation of the World Health Organization to the European Union has an important role in health policy making at European Union level, due to its technical and impartial status.

**KEYWORDS:** European Union; Health Policy; Lobbying; World Health Organization



# Índice

Declarações.....	iv
Agradecimentos.....	vi
Índice.....	ix
Lista de abreviaturas.....	xi
Introdução.....	1
I. Policy networks e comunidades epistémicas no processo de decisão da UE em matéria de saúde .....	3
I.1. European Health and Alcohol Forum.....	6
I.2. Negociação da diretiva do tabaco e produtos derivados .....	11
I.3. Apreciação da contribuição das comunidades epistémicas .....	14
II. Organização Mundial da Saúde e Representação da Organização Mundial da Saúde junto da União Europeia .....	16
II.1. Organização Mundial da Saúde .....	16
II.2. A Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia .....	17
III. Atividades realizadas durante o estágio.....	21
III.1. Reuniões.....	21
III.2. Briefings .....	30
III.3. Projetos .....	30
III.4. Atividade Científica .....	31
III.5. Atividade de docência.....	33
III.6. Comunicação interna e gestão de informação .....	34
III.7. Formação .....	35
Recebida.....	35
Ministrada .....	36
III.8. Apresentações .....	37
III.9. Outras atividades .....	37
III.10. Conhecimentos adquiridos .....	38
IV. Conclusões e recomendações.....	40
Bibliografia .....	47
Lista de figuras, quadros e anexos.....	52
Figura 1. Posicionamento da OMS em relação à ONU .....	53
Figura 2. Localização das diferentes delegações da OMS .....	54
Anexo 1. Plano de estágio.....	55
Anexo 2. Apresentação aos bolseiros da iniciativa Young Gastein do European Health Forum Gastein.....	57
Anexo 3. Briefing sobre Saúde Mental .....	59

Anexo 4. Briefing sobre Envelhecimento Saudável .....	65
Anexo 5. Briefing sobre Obesidade e Doenças Não Transmissíveis .....	70
Anexo 6. Briefing sobre o Parlamento Europeu .....	76
Anexo 7. Briefing sobre a Sociedade Civil.....	82
Anexo 8. Programa de indução para estagiários na representação da OMS junto da UE .....	88
Anexo 9. Briefing sobre a definição de Saúde Pública.....	90
Anexo 10. Briefing sobre o vírus Zika.....	105
Anexo 11. Protocolo do estudo científico “Implementation of Health in All Policies at EU level” .....	108
Anexo 12. Programa do <i>Clinical Scholars Research Training</i> (CSRT) .....	116
Anexo 13. Apresentação no Journal Club .....	119

## Lista de abreviaturas

AFRO – WHO Regional Office for Africa

AMEE – An international association for Medical Education

AMRO - Americas Regional Office, WHO

APN - Alcohol Policy Network

APYN - Alcohol Policy Youth Network

ASEF - Asia-Europe Foundation

CE - Comissão Europeia

CSRT - Clinical Scholars Research Training

EAACI - European Academy of Allergy and Clinical Immunology

EASL – European Association for the Studies of the Liver

ECDC - European Center for Disease Control and Prevention

EConDA - Economics of Chronic Diseases

EHFG - European Health Forum Gastein

EMRO - Eastern Mediterranean Regional Office, WHO

EMSA - European Medical Students' Association

ENVI - Comité Parlamentar do Ambiente, Saúde Pública e Segurança Alimentar

FAFA - Financial and Administrative Framework Agreement between the European Community and the United Nations

FCTC - Framework Convention on Tobacco Control

FCSH - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

GHPF - Global Health Policy Forum

HEAL - Health and Environment Alliance

IARC - International Agency for Research on Cancer

IDF - International Diabetes Federation

IOM - International Organization on Migration

IVA - Imposto sobre o Valor Acrescentado

MPE - Membro do Parlamento Europeu

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

PBL - Problem Based Learning

PDP - Professionals Development Program

PE - Parlamento Europeu

RAHEE - Research Agenda for Health Economic Evaluation project

RARHA - Joint Action to Reduce Alcohol Related Harm

SEARO - South-East Asia Regional Office, WHO

SOM - Senior Officials Meeting

T&E - Transport and Environment

UE - União Europeia

UNEP - United Nations Environment Program

WEU - Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia

WPRO – Western Pacific Regional Office, WHO

## Introdução

O estágio a que se refere este relatório foi realizado na Representação da Organização Mundial de Saúde (OMS) junto União Europeia (UE) em Bruxelas, de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016, sob a orientação do Doutor Roberto Bertollini, diretor da Representação da OMS junto da União Europeia (WEU). O estágio enquadra-se na componente não lectiva do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, variante de Estudos Europeus, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, sob orientação científica da Professora Doutora Ana Santos Pinto.

Os objetivos principais do estágio assentam na realização de um estudo sobre a implementação do artigo 168<sup>1</sup> do Tratado da União Europeia e acompanhamento dos estagiários da instituição. Para além destes objetivos, foram estabelecidos objectivos secundários, tais como apoiar o Diretor da Representação da OMS junto da União Europeia na monitorização dos processos legislativos relativos à saúde na Comissão Europeia (CE) e no Parlamento Europeu (PE); monitorizar as atividades da Representação da OMS junto da UE, de organizações não governamentais (ONG), *think thanks*<sup>2</sup> e outros parceiros; participação em eventos e reuniões relevantes para a atividade da Representação da OMS junto da UE; apoiar o diretor da Representação na preparação de relatórios e reuniões com a restante equipa da Organização das Nações Unidas (ONU) em Bruxelas; colaborar na preparação de apresentações e discursos para o Diretor da Representação da OMS junto da UE; e colaborar noutras tarefas segundo as necessidades. Durante o estágio, estabeleci

---

<sup>1</sup> O artigo 168 detalha as responsabilidades comunitárias relativas à Saúde Pública, destacando-se o seguinte: “Na definição e execução de todas as políticas e acções da União será assegurado um elevado nível de protecção da saúde. A acção da União, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta acção abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde de dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas.”

<sup>2</sup> Um *think thank* é uma organização que produz e/ou dissemina informação sobre assuntos estratégicos, com o objetivo de influenciar mudanças científicas, políticas, sociais, entre outras; podendo ser ou não afiliados a partidos políticos, governos ou empresas privadas.

com o meu orientador na instituição de acolhimento que a minha área de trabalho primordial seriam as doenças não transmissíveis, e dentro desta temática, os seus determinantes<sup>3</sup>. O plano detalhado de estágio pode ser consultado no Anexo 1.

Este relatório de estágio está estruturado em quatro capítulos principais. A introdução detalha os objetivos do estágio, bem como a estrutura deste relatório. O primeiro capítulo procura enquadrar este estágio de acordo com os objetivos científicos do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, mais especificamente da especialização em Estudos Europeus. Neste capítulo foi analisado utilizado o contributo das *policy networks* e das comunidades epistémicas para problematizar e explicar os processos de decisão política no âmbito da UE na área da saúde pública, mais especificamente o contributo da OMS nos processo de decisão política na UE.

No capítulo dois é feita uma apresentação geral da OMS, incluindo os princípios, estrutura e enquadramento na ONU. É também feita uma descrição detalhada da Representação da OMS junto da UE.

O capítulo três é dedicado descrição pormenorizada do trabalho desenvolvido como estagiária na Representação da OMS junto da UE, organizado por atividades. Incluí igualmente atividades desenvolvidas consideradas relevantes para os objetivos deste estágio. Este capítulo também inclui uma reflexão sobre os conhecimentos adquiridos tendo em consideração os objetivos científicos da componente não letiva do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais.

Por fim, no capítulo quatro são elaboradas conclusões e recomendações refletindo sobre as atividades desenvolvidas, a sua relevância para o cumprimento dos objetivos científicos da componente não letiva do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, e as dificuldades encontradas durante o estágio, bem como sugestões para possíveis melhoramentos no processo de aprendizagem.

---

<sup>3</sup> Os determinantes da saúde são fatores externos que influenciam o estado de saúde dos indivíduos e/ou populações.

## **I. Policy networks e comunidades epistémicas no processo de decisão da UE em matéria de saúde**

No contexto da governança democrática moderna, as políticas públicas são da responsabilidade das autoridades públicas, com o objetivo principal de satisfazer o “bem público” (Peterson, 2003). A génese da formulação de políticas a nível da UE pode ser comparada com a existente em organizações internacionais como a OMS, uma vez que é consideravelmente técnica e procura remover o componente político do processo sempre que possível, focando-se nos aspectos técnicos. Por outro lado, os parlamentos (neste caso o Parlamento Europeu) são em geral ineficazes na tarefa de julgar e apreciar a qualidade dos contributos técnicos na formação de políticas de saúde. A negociação da diretiva dos produtos de tabaco (analisada posteriormente neste relatório) é um dos exemplos que demonstra que a evidência científica nem sempre é completamente considerada na formação de políticas. Por fim, é importante salientar que a génese de políticas a nível da UE é regulada por um conjunto de comités, e essa mesma comitologia<sup>4</sup> traduz-se em que as diferentes políticas sejam moldadas e escrutinadas por diferentes peritos de diversas instituições.

A governação moderna, incluindo governação ao nível da UE, reflete uma mudança “no sentido de partilhar tarefas e responsabilidades, e no sentido de construir algo juntos em vez de sozinhos” (Koiman, 1993). O conceito de governação multinível foi introduzido por Marks e Hooghe (1996), ao questionarem que a supremacia dos estados-membros estava limitada pela tomada coletiva de decisões e pelo aumento da competência das instituições supranacionais. Este conceito considera a UE como um sistema político independente que partilha vários aspetos com o sistema nacional, e no qual peritos, membros do governo e diversos grupos de interesse interagem no processo de tomada de decisão (Hague e Harrop, 2007).

---

<sup>4</sup> O termo «comitologia» designa a forma como a Comissão exerce as competências de execução que lhe são atribuídas pelo legislador da UE, com a ajuda de comités de representantes dos países da UE. Estes «comités de comitologia» discutem os projectos de actos de execução apresentados pela CE. (<http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=FAQ.FAQ&CLX=pt>)

As *policy networks* podem ser definidas como “um cluster de atores, cada um com um interesse próprio num determinado sector político e a capacidade de ajudar a determinar o sucesso ou fracasso de uma determinada política” (Peterson e Bomberg, 1999). As *policy networks*, bem como as comunidades epistémicas, desempenham um papel fundamental nos processos e decisão política no âmbito da UE, em diversas áreas funcionais, sendo uma delas a saúde. A problematização e explicação dos diversos assuntos discutidos a nível da UE podem ser analisados através do contributo das diversas comunidades epistémicas.

Os analistas da governação moderna procuram explicar os resultados políticos através da investigação de como as redes estão estruturadas num sector particular, e como facilitam e influenciam a construção de políticas e os seus aspetos específicos. No contexto da UE, é possível argumentar que as batalhas políticas são frequentes e conturbadas, e os diversos sectores procuram construir barreiras em torno das políticas que consideram pertencentes ao seu sector, por forma a não poderem ser influenciadas e alteradas por outros sectores. Em consequência, as *policy networks* na UE tendem a ser discretas, distintas e desconectadas umas das outras, mesmo quando presidem a políticas claramente interconectadas. Estas redes políticas envolvem atores de diversos níveis de ação (local, nacional, internacional), com diversos níveis de experiência e influência.

Existem vários modelos teóricos para caracterizar as *policy networks*. Um destes modelos é o modelo de Rhodes, que preconiza que as *policy networks* podem ser caracterizadas tendo em conta três variáveis principais (Rhodes, 1990). A primeira variável é a estabilidade da rede, ou seja, se esta tende a ser dominada por um conjunto de atores independentemente dos assuntos a serem discutidos, ou se é modificável consoante os assuntos a discutir. A segunda variável é a permeabilidade a outros atores com diferentes objetivos. Por fim, a terceira variável é o grau de dependência entre os diferentes membros da rede, no que diz respeito a recursos financeiros, legitimidade e expertise técnica. Este modelo é compatível com outros modelos existentes, nomeadamente o conceito de comunidades epistémicas desenvolvido Haas (Haas, 1992). Uma comunidade epistémica pode ser definida como uma rede de peritos com reconhecida experiência e competência num



domínio particular e com autoridade para produzir e defender conhecimento e evidências relevantes para a construção de políticas (Haas, 1992). A penetração das comunidades epistémicas é tendencialmente maior em áreas técnicas (Haas, 1992).

O conceito que serviu de base ao das comunidades epistémicas é a *advocacy coalition framework* (ACF). Descrito por Sabatier em 1993, preconiza que vários tipos de atores, incluindo representantes oficiais de vários níveis de governo, que partilham a mesma ideologia, se associam por períodos longos de tempo com o objetivo de maximizar os recursos para alcançar a mudança política desejada (Sabatier, 1993). As *advocacy coalitions* são redes organizadas e unidas pelos interesses e convicções relativamente a um determinado assunto, e que têm como objetivo controlar uma determinada área política (Sabatier, 1998). As comunidades epistémicas constituem assim um grupo organizado com um objetivo mais tecnocrático do que as *advocacy coalitions*.

A existência de múltiplos pontos de acesso nos processos institucionais, conjugado com o elevado número de organizações com intervenção nos processos e o grande número de opções políticas conduz à necessidade de mudança, favorecendo o empreendedorismo (Peeters, 1994 e Radaelli, 1999). Um empreendedor, neste sentido particular, pode definir-se como um ator ou uma organização que advoga por uma política específica e investe recursos em promover uma posição em troca de benefícios (Kingdon, 1984). O conceito de empreendedorismo coletivo foi sugerido pela primeira vez por Roberts (1992), que preconiza que a junção de esforços entre empreendedores que partilham os mesmos interesses e objetivos aumenta a probabilidade de sucesso na influência de políticas.

Devido à complexidade do processo de decisão e tecnicidade dos temas legislados no contexto da UE, designadamente em matéria de saúde, salienta-se a contribuição das *policy networks* (enquanto rede com participação de vários atores) e dentro destas o contributo das comunidades epistémicas (comunidades de peritos que procuram influenciar os processos de decisão). Para compreender a influência das mesmas na formulação de políticas de saúde a nível da UE vou recorrer a dois temas que são discutidos ciclicamente na UE: o álcool e o tabaco, dois exemplos

eminentemente técnicos, mas com diferenças relevantes. Enquanto a evidência científica relativa aos malefícios do tabaco para a saúde é amplamente aceite pela sociedade civil, o mesmo não acontece com o álcool. O consumo de álcool está inserido na cultura da sociedade e associado a prazer, sucesso e celebrações, e a percepção de risco é inferior ao risco real. Ambos os assuntos apresentam uma forte influência de interesses da indústria, assim como da comunidade epistémica da saúde. Qual dos grupos tem mais influência no processo? Quais são os fatores que medeiam este processo? Quem determina o resultado final?

Serão apresentados dois estudos de caso para ilustrar a influência das comunidades epistémicas na formulação das políticas de saúde a nível da UE. O primeiro caso de estudo centra-se na temática das políticas de álcool, e na dinâmica do *European Health and Alcohol Forum* (EHAF). Este caso de estudo representa um processo complexo com vários atores envolvidos, com interesses diversos e com abordagens diferenciais. Para além disso, este caso de estudo permite refletir sobre o impacto do empreendedorismo na influência exercida pelos diferentes atores no EHAF. O segundo caso de estudo foca-se no processo que conduziu à aprovação da diretiva do tabaco e produtos derivados em 2014 (2014/40/EU). Estes dois exemplos foram escolhidos uma vez que permitem analisar a influência das comunidades epistémicas na formulação de políticas de saúde a um nível mais informal (EHAF) e a um nível formal, envolvendo as instituições europeias num processo legislativo (diretiva do tabaco e produtos derivados). Durante o período de estágio, participei em duas reuniões do EHAF, pelo que algumas componentes apresentadas derivam da minha observação participante.

### **I.1. European Health and Alcohol Forum**

O consumo de álcool pode ser causa de mais de 60 doenças e outros estados patológicos, incluindo cancro, dependência e problemas quer mãe quer no bebé durante e após a gravidez. O risco de aparecimento de doenças aumenta com o

aumento de consumo, e apesar de o consumo de álcool se manter estável na União Europeia (UE), ainda é o dobro do resto do mundo. Mesmo dentro da UE, há grandes disparidades relativamente à quantidade de álcool ingerida e aos padrões de consumo, muitas vezes condicionados por determinantes sociais e culturais. Este facto dificulta a formulação de políticas a nível comunitário. No entanto, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessário investir na redução do consumo de álcool (Anderson, Moller & Galea, 2012).

O EHAF foi criado em 2007 como parte da estratégia da UE para apoiar os estados- membros na redução dos problemas associados ao álcool, e para dinamizar um espaço de discussão onde diferentes parceiros pudessem contribuir para a formulação de políticas de álcool a nível comunitário. Esta estratégia assentava em dois pilares fundamentais: participação e diálogo estruturado (CE, 2006). A primeira reunião plenária em 2007, juntou mais de 50 organizações de toda a UE como membros, incluindo estados-membros. Para se tornarem membros, as organizações deveriam estar de acordo com os princípios e objetivos do fórum e propor um compromisso de trabalho anual, sob a forma de projeto ou estudo de investigação destinado a contribuir para a mitigação dos efeitos nocivos do álcool. O EHAF tinha duas reuniões anuais com a duração total de um dia cada (DG SANCO, 2009).

Entre todos os membros do EHAF, constituíram-se dois grupos fundamentais: uma com os membros das ONGs peritos de organizações e profissionais de saúde e instituições de investigação científicas públicas, e outra constituída pelos membros da indústria do álcool e indústrias relacionadas (marketing e turismo). A primeira parceria constituiu uma comunidade epistémica cujos objetivos principais eram produzir e apresentar evidência científica independente e financiada por organismos públicos sobre os efeitos nocivos do álcool e respetivas estratégias de mitigação e diminuir ou vetar a presença da indústria nas discussões do fórum. As principais organizações desta parceria foram a Eurocare (European Alcohol Policy Alliance) e a EPHA (European Public Health Alliance). A abordagem desta parceria foi consistente desde o início, sendo predominantemente agressiva, negativa e inflexível, seguindo

os valores e princípios de *advocacy* das *temperance organizations*<sup>5</sup>. A segunda parceria era dominada por duas organizações fundamentais: a *Brewers of Europe* e a *European Spirits Organization*. Esta parceria constituiu um grupo de lobby, porque apesar de produzir informação científica, esta era produzida com o objetivo de influenciar a CE. O grupo de lobby centrou a sua abordagem no reforço do facto de os seus objetivos estarem alinhados com os do EHAF (principalmente no que diz respeito à redução dos riscos do consumo de álcool). Com uma aposta forte na qualidade e impacto das apresentações e dos palestrantes, e na abordagem às organizações recém- chegadas. O quadro 1. sumariza as diferentes posições e abordagens das duas principais comunidades epistémicas.

Quadro 1. Posições e abordagens das principais comunidades epistémicas no EHAF

Aspeto do EHAF	Posições e abordagem	
	Comunidade epistémica	Grupo de lobby
Critérios para se tornar membro	A indústria não deveria fazer parte do fórum. Os compromissos apresentados pela indústria eram fundamentados em interesses próprios e não estavam de acordo com a evidência científica.	Abertura para o diálogo e negociação. Defendem que o álcool consumido em moderação não é nocivo. Apoiam a participação e colaboração de diferentes parceiros.
Investigação científica	Apresentação de estudos independentes sobre os efeitos nocivos do álcool e sobre a eficácia de diferentes políticas com o objetivo de diminuir o consumo.	Apresentação voluntária de estudos auto-financiados sobre as vantagens do consumo moderado e sobre a prevenção de acidentes.

<sup>5</sup> As *temperance organizations*, como por exemplo a IOGT-NTD, têm a abstenção do consumo de álcool como estratégia fundamental para a formulação de políticas de álcool.

Mensagem e argumentação	Predominantemente negativa e conflituosa, centrada na desconstrução dos argumentos da outra comunidade epistémica.	Positiva, colaborativa, mesmo com os membros hostis.
-------------------------	--	--

A abordagem utilizada pela comunidade epistémica é similar à utilizada por Semmelweiss no seu trabalho<sup>6</sup> (Best & Neuhauser, 2004). Independentemente da boa qualidade e independência da evidência científica apresentada (que poderá ser criticada no caso do grupo de lobby), a estratégia utilizada na disseminação e a forma de transmissão condicionam a influência de cada uma das comunidades epistémicas no EHAF. Ao focar-se no ataque direto à indústria, apresentando vários estudos científicos de forma técnica e pouco apelativa (principalmente tendo em conta que os membros da direção do fórum não tinham necessariamente formação académica nesta área), a comunidade epistémica perdeu uma parte significativa da sua capacidade de influência. Mesmo acusando o grupo de lobby de apresentar estudos científicos nas áreas do consumo moderado, da educação para o consumo moderado e na condução de veículos motorizados sob o efeito do álcool (que são estratégias consideradas ineficazes pela OMS) a comunidade epistémica não conseguiu afirmar a sua posição. A educação para o consumo, remetendo para a responsabilidade e liberdade individual, é uma estratégia mais bem aceite pela sociedade civil comparativamente à restrição da venda através de aplicação de taxas ou pela restrição das horas e locais de compra. O mesmo acontece com a prevenção de acidentes rodoviários. Apesar de ser importante que os cidadãos não conduzam sob o efeito de álcool, estas intervenções transmitem a ideia errada que o consumo de álcool em excesso não é problemático, a não ser que seja combinado com a condução de veículos. Adicionalmente, a condução de veículos sob o efeito de álcool não é a principal causa de acidentes rodoviários (Anderson, Moller & Galea, 2012). O

---

<sup>6</sup> Ignaz Semmelweiss demonstrou em 1947 que a razão de haver mais infeções no pós-parto nas enfermarias cujos partos tinham sido assistidos por médicos, comparativamente à das tratadas por enfermeiras, se devia à falta de higiene dos mesmos, que assitiavam os partos diretamente vindos das autópsias. Propôs a lavagem de mãos como medida eficaz de controlo de infeção. No entanto, uma vez que adotou uma postura arrogante e inflexível, só após a sua morte é que os resultados do estudo foram considerados. (Semmelweis Society International, 2009)

grupo de lobby, ao utilizar palestrantes de qualidade, com treino em lobbying, conseguiu que a indústria implementasse a sua estratégia e influenciasse o rumo do EHAF.

Na reunião plenária que ocorreu em Novembro de 2015, a IOGT-NTO, a *Active*, o *European Youth Forum* e a *Swedish Youth Temperance Association* (todas pertencentes à comunidade epistémica) revelaram num press release que iriam concluir a sua participação no EHAF, por não estarem de acordo com os seus princípios fundamentais e com o seu funcionamento (Active Europe, 2013). Esta saída veio a enfraquecer os recursos da comunidade epistémica. O grupo de lobby aproveitou esta oportunidade para publicar um artigo na *Parliament Magazine* sobre uma recepção no PE patrocinada pela empresa *Brewers of Europe*, no qual a indústria do álcool era apresentada como sendo a solução para o desemprego jovem, principalmente em países como Espanha, mencionando que a perda de quase 84,000 postos de trabalho foi devida ao aumento do IVA e das taxas sobre os produtos alcoólicos (EurActive Press release, 2013). Esta abordagem foi extremamente inteligente, na minha opinião, tendo em conta que Espanha apresentava uma das mais elevadas taxas de desemprego juvenil naquela data.

Zito (2001) refere que quanto mais as ideologias da comunidade epistémica se aproximarem das normas institucionais de pensamento, maiores são as hipóteses de influência. A ideologia do grupo de lobby, por se aproximar mais do pensamento institucional (escolhas e responsabilidade individuais, supostos benefícios do consumo de álcool moderado), seria em princípio mais bem sucedida que um princípio mais repressor nos moldes de “nanny state”<sup>7</sup>.

Em 2016, não estão planeadas mais reuniões do EHAF. As discussões relativas à temática do álcool focam-se neste momento na renovação da estratégia Europeia para o álcool, uma vez que a CE incluiu o álcool na estratégia das doenças não transmissíveis como fator de risco, decidindo não elaborar uma nova estratégia. A

---

<sup>7</sup> O conceito de *nanny state* refere-se a um governo considerado demasiado protetor, ou com demasiada interferência nas escolhas pessoais. Definição disponível no dicionário online em língua inglesa Oxford University Press (2016). (<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/nanny-state?q=nanny+state>)

comunidade epistémica tem vindo a manifestar o seu desagrado pela ausência de uma estratégia dedicada ao álcool.

## I.2. Negociação da diretiva do tabaco e produtos derivados

Segundo a OMS o tabaco é responsável por 16% das mortes em adultos com mais de 30 anos de idade na Região Europeia<sup>8</sup>, que compreende os 53 países (OMS, 2015). Para combater esta epidemia, a OMS lançou a *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) e assinalou o Dia Mundial sem Tabaco, no dia 31 de Maio. A FCTC tem com objetivo apresentar recomendações para os países membros e providenciar informação que possa ser utilizada neste sentido. O artigo 5.3 da FCTC entrou em vigor em 2005, e requer que os parceiros devem proteger as políticas de saúde pública que dizem respeito ao controlo do tabaco e produtos derivados da influência da indústria tabaqueira e de outros interesses que não salvaguardem a saúde dos cidadãos (OMS, 2003).

A CE estima que atualmente o tabaco é responsável por 700 000 mortes anualmente nos países da União Europeia (UE) (CE, 2012) Com o lançamento do programa Europeu contra o Cancro em 1985, a CE propôs uma série de medidas que incluíram a Diretiva dos Produtos do Tabaco em 2001 (2001/37/EC). Passados mais de dez anos, e perante as novas exigências do mercado, produção de conhecimento científico sobre o impacto do tabaco na saúde e os desenvolvimentos a nível internacional no sector do tabaco, a CE decidiu rever a Diretiva do Tabaco em 2009, apoiando-se nos argumentos invocados pela FCTC (Comissão Europeia, 2012). A nova Diretiva foi aprovada no dia 19 de Maio de 2014.

Podemos identificar duas comunidades epistémicas distintas neste caso. Para facilitar a articulação com o estudo de caso anterior, a comunidade epistémica será constituída por atores da saúde, e o grupo de lobby pela indústria tabaqueira.

---

<sup>8</sup> A Região Europeia da OMS compreende 53 países, incluindo todos os pertencentes à União Europeia.

A escrita da proposta iniciou-se com um estudo de impacto que foi conduzido entre Março de 2009 e Julho de 2012. Este incluiu 2 questionários do Eurobarómetro, 4 estudos externos, 2 opiniões dos SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks), 2 opiniões do IAB (Impact Assessment Board), 8 reuniões do IASG (Impact Assessment Steering Group), uma consultoria pública com mais de 85 000 submissões e 24 reuniões de parceiros.

O primeiro documento produzido pelo SCENIHR debruçava-se sobre os efeitos adversos do tabaco na saúde, e identificou o aumento de risco de enfarte do miocárdio nos utilizadores de produtos derivados do tabaco não destinados a serem fumados, salientando o seu conteúdo em nicotina, substância causadora de adição. Apesar de existir menos evidência científica sobre os potenciais malefícios dos produtos derivados do tabaco na saúde, o seu consumo generalizado não foi recomendado (SCENIHR, 2008). A segunda opinião do SCENIHR denominava-se “Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives” e refere que o uso de aromas de fruta ou doces no tabaco e produtos derivados aumenta a probabilidade de os jovens começarem a fumar. Adicionalmente, o uso do aroma a mentol aumenta a probabilidade de pessoas de descendência africana começarem a fumar (SCENIHR, 2010).

A consultoria pública contou com a emissão de opiniões provenientes dos órgãos governativos de 20 países da UE. A CE publicou um relatório referente a esta consultoria (CE, 2011) que salientou vários pontos importantes, entre os quais os seguintes:

- as contribuições dos cidadãos representaram 96% das respostas, e 2/3 das mesmas foram oriundas da Itália e da Polónia;
- não houve um consenso noutras matérias, como por exemplo a venda de tabaco, o uso de aromas, o tabaco de uso oral (*snus*), entre outros.

A CE atribuiu o número elevado de submissões, que incluiu cerca de 57% de submissões duplicadas, à mobilização feita pela indústria tabaqueira na Itália e Polónia (DG SANCO, 2011).



Um artigo publicado em 2015 analisou as mudanças textuais na diretiva desde a proposta inicial da CE até ao acordo final entre a CE, o Conselho e o PE. O quadro 2 resume as principais mudanças textuais (Peeters, 2015).

Quadro 2. Resumo das mudanças textuais na diretiva do tabaco e produtos derivados. (adaptado de Peeters, 2015)

Assunto	Proposta da CE (19/12/2012)	Acordo final (18/12/2013)
Área ocupada e posição dos avisos de saúde nos maços	75%, à frente, atrás e no topo	65% à frente, atrás e no topo  Decidido pelo estado-membro.
Proibição dos aromas nos cigarros	Sim	Sim, mas o mentol tem 4 anos de derrogação.
Proibição dos cigarros <i>slim</i>	Sim	Não
Proibição de maços com 10 cigarros	Sim	Sim
Vendas à distância	Notificação, verificação obrigatória da idade do comprador.	Notificação.  Decidido pelo estado-membro.
Proibição da venda de <i>snus</i> fora da Suécia	Mantida	Mantida

Através da análise da tabela, pode-se verificar que ocorreram várias mudanças no texto da diretiva relativamente à posição inicial, todas elas favorecendo os interesses do grupo de lobby. A indústria tabaqueira empregou mais de 160 *lobbyists*, dos quais pelo menos sete tinham sido políticos a nível Europeu ou

membros da sociedade civil. Estes números contrastam com os da advocacy em saúde, que apenas tinha cinco pessoas empregadas a tempo inteiro em Bruxelas (PMI, 2013). Na CE, a Philip Morris International (PMI) tinha como objetivo principal bloquear as políticas consideradas “extremas” do DG SANCO (atualmente DG Santé), no PE tinha como objetivo retirar o controlo do dossier do ENVI, e no Conselho desejava criar uma minoria que pudesse bloquear qualquer medida extrema (PMI, 2012).

De um modo geral, o grupo de lobby conseguiu exercer uma influência significativa na formulação desta diretiva, uma vez que mobilizou recursos no sentido de alterar o texto da diretiva e atrasar significativamente todo o processo (Peeters, 2015).

No caso do tabaco, após a diretiva ter entrado em vigor, a indústria tabaqueira continuou a aplicar a sua estratégia de “block, amend and delay” com o objetivo de minorar o impacto da diretiva.

### **I.3. Apreciação da contribuição das comunidades epistémicas**

Ambos os casos analisados anteriormente ilustram situações nas quais as comunidades epistémicas não conseguiram exercer muita influência comparativamente a outros grupos. Haas identificou que o sucesso das comunidades epistémicas depende da sua capacidade de persuasão, que em ambos os casos de estudo é inferior à dos grupos de lobby (Haas, 1990). Outros autores identificam que a criação de um fórum de prestígio dominado por normas profissionais (como seria em princípio o EHAF) é um fator favorável à influência das comunidades epistémicas no processo político (Sabatier, 1999). No caso do EHAF, as comunidades epistémicas tiveram efetivamente o acesso facilitado, mas não conseguiram exercer mais influência que os grupos de lobby. Este facto deve-se fundamentalmente às diferenças de recursos (humanos e financeiros) entre os dois grupos.

Em conclusão, sendo o consumo de álcool e o tabaco dois temas de saúde com características diferenciais, a abordagem dos mesmos a nível comunitário é bastante semelhante, como se pode ver por estes dois casos de estudo apresentados. Apesar do EHAF ser apenas um fórum informador para a formulação de políticas, constitui um caso de estudo que possibilita o estudo da influência das comunidades epistémicas no direcionamento da formulação de políticas. Na minha opinião, neste caso particular o grupo de lobby tem como objetivo que não se formulem políticas adicionais, uma vez que as atualmente em vigor favorecem os seus interesses.

No caso da diretiva do tabaco, o grupo de lobby, possuidor de uma estratégia clara e de mais recursos do que a comunidade epistémica, conseguiu não só alterar o texto como atrasar o processo.

Estes dois casos ilustram a necessidade de assegurar que as comunidades epistémicas tenham uma capacidade de produzir e disseminar a informação de forma mais eficiente. Para além disso, são necessárias estratégias para controlar o acesso da indústria à formulação de políticas de saúde.

## **II. Organização Mundial da Saúde e Representação da Organização Mundial da Saúde junto da União Europeia**

### **II.1. Organização Mundial da Saúde**

Quando os diplomatas se reuniram para fundar a ONU em 1945, discutiram a necessidade de constituição de uma agência especialmente dedicada à saúde. A OMS é a autoridade mundial para a saúde a nível internacional na ONU, sendo uma das agências especializadas. O posicionamento da OMS em relação à restante ONU pode ser consultado na figura 1 (no final do relatório). A primeira constituição da OMS foi adoptada durante a International Health Conference em Nova Iorque, no dia 22 de Julho de 1946. A OMS foi oficialmente fundada a 7 de Abril de 1948 por 55 países, data que doravante assinalou o dia mundial da saúde. As prioridades iniciais da OMS consistiam em recuperar os serviços de saúde após a guerra, providenciar respostas urgentes em emergências sanitárias, e focar-se em doenças como a malária, a tuberculose e as doenças venéreas, bem como a saúde das mulheres e crianças. Na data de entrega deste relatório, a OMS tem 194 estados como membros, e emprega mais de 8000 pessoas, nos quais se incluem médicos, cientistas e administradores, em 142 países. A missão da OMS é apoiar os países na área da saúde pública e promover investigação em saúde, bem como promover a cooperação entre os seus membros nestas áreas. As principais funções da OMS são as seguintes:

- liderar em assuntos críticos para a saúde e estabelecimento de parcerias quando é necessária ação conjunta;
- influenciar a agenda de investigação científica e estimular a produção, translação e disseminação de conhecimento;
- estabelecer normas e standards e promover e monitorizar a respetiva implementação;
- articular opções políticas éticas e baseadas na evidência;

- providenciar suporte técnico, catalisar a mudança, e construir capacidade institucional sustentável;

- monitorizar a situação de saúde e avaliar as tendências em saúde. (OMS, 2016 a)

Os peritos da OMS produzem guidelines que apoiam a tomada de decisão em vários assuntos relacionados com a saúde e a sua proteção. A OMS é governada por um quadro executivo eleito pelos estados-membros, e o seu órgão de decisão é a Assembleia Mundial da Saúde, que se realiza anualmente em Genebra, na Suíça. A sede da OMS é também localizada em Genebra, e existem 6 delegações regionais (AFRO, AMRO, EMRO, EURO, SEARO e WPRO). Existem também delegações nacionais em países mais carenciados e centros colaborativos em temáticas de saúde específicas, como por exemplo sistemas de saúde (Barcelona, Espanha), ambiente e saúde (Bona, Alemanha) e investimento em saúde e desenvolvimento (Veneza, Itália), bem como delegações de representação, como é o caso daquele onde efetuei o estágio. Adicionalmente, a OMS dispõe de um centro de serviços global que coordena a administração da organização e se localiza em Kuala Lumpur na Malásia. A figura 2 (no final do relatório) resume a localização das diferentes delegações.

Na atualidade, a OMS é financiada por contribuições mandatárias oriundas dos 194 estados membros, e por contribuições adicionais voluntárias oriundas dos estados membros, fundações, empresas privadas e ONGs. A maioria do financiamento (aproximadamente 80%) é oriundo de contribuições voluntárias. A figura 3 (no final do relatório) resume a distribuição do financiamento pelas diferentes áreas programáticas.

## **II.2. A Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia**

A OMS iniciou a sua representação em Bruxelas em 1998. A União Europeia (UE) é um parceiro importante e estratégico da Organização Mundial de Saúde (OMS), e Bruxelas afirma-se como um centro de debate, tomada de decisão e

influência de incluir a saúde na agenda das discussões políticas, e na ação externa da UE, nomeadamente na saúde global. A presença de uma representação permite assim reforçar a parceria estratégica da OMS junto das instituições que compõem o sistema político da UE.

A Representação da OMS junto da UE funciona assim como uma plataforma (*hub*), veiculando as posições, estratégias e dados produzidos pela OMS para os parceiros Europeus sediados em Bruxelas, e simultaneamente informando a OMS dos desenvolvimentos políticos, eventos e oportunidades de financiamento.

Os principais papéis da Representação da OMS junto da UE são a monitorização das políticas, estratégias, iniciativas, programas e intervenções da UE; a facilitação das relações institucionais entre a OMS e a UE; a identificação das oportunidades para melhorar a cooperação a nível global, regional e nacional; a defesa, manutenção e melhoria da imagem corporativa da OMS; a colaboração com outras agências da Organização das Nações Unidas (ONU) e o apoio à sede regional Europeia da Organização Mundial de Saúde. (OMS, 2016 b)

A divisão de tarefas de cariz técnico está estruturada de acordo com o 12º programa geral de trabalho, que está dividido em 5 áreas programáticas e uma área transversal de administração:

- Doenças transmissíveis
- Doenças não transmissíveis
- Promoção de saúde ao longo do ciclo de vida
- Sistemas de saúde
- Preparedness, vigilância e resposta
- Liderança organizacional (OMS, 2014).

As principais tarefas da Representação da OMS junto da UE são de representação e networking; *inteligência empresarial*<sup>9</sup> e *mediação*<sup>10</sup>; cooperação

---

<sup>9</sup> O conceito de *inteligência empresarial* neste contexto refere-se à recolha, organização e análise de dados com o objetivo de apoiar a gestão da organização, a sua estratégia e o seu posicionamento.

<sup>10</sup> Neste contexto, o conceito de mediação refere-se ao facto da representação atuar como intermediário de outras delegações da OMS nas relações com as instituições da UE.

financeira, nomeadamente no FAFA (Financial and Administrative Framework Agreement between the European Community and the United Nations); estabelecimento de parceiras estratégicas (nomeadamente a organização das *Senior Official Meetings*); colaboração técnica em várias áreas da saúde, e investigação científica (OMS, 2016).

A cooperação da OMS com a UE iniciou-se oficialmente em 2001, com uma troca de cartas entre a OMS e a CEC relativamente à consolidação e intensificação de cooperação. Em 2004, a OMS e o DG DEV assinaram um memorando de entendimento relativo a cooperação para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio. Em 2010, a delegação regional Europeia da OMS assinou um memorando de entendimento com a CE no sentido de aumentar a cooperação técnica e o diálogo político na área da saúde pública. As Senior Official Meetings (SOM) são reuniões entre representantes das duas organizações para debater temas relacionados com a cooperação. Desde 2000, houve um total de 11 reuniões, das quais originaram planos concretos de colaboração nas seguintes áreas: segurança em saúde, inovação e saúde, fortalecimento dos sistemas, desigualdades em saúde, informação em saúde e e-health e colaboração nos estados membros.

O FAFA foi assinado no dia 29 de Abril de 2003, e aplica-se a todos os acordos assinados entre as duas organizações desde então. Substituiu o acordo anteriormente assinado a 9 de agosto de 1999, no entanto, todos os contratos e projetos que decorreram até 29 de Abril de 2003 continuam a ser governados pelo acordo anterior. As principais características deste acordo são a orientação para os resultados, com obrigatoriedade de estabelecimento de objetivos; os custos indiretos não podem ultrapassar os 7% dos custos elegíveis; os relatórios, auditorias, controlos, contabilidade e *procurement* devem obedecer às exigências da ONU. A visibilidade das contribuições da UE, assim como o uso do Euro como moeda, estão assegurados por este acordo.

Para além das atividades acima mencionadas, a representação da OMS junto da UE também desenvolve atividade científica. Um dos projetos científicos concluídos recentemente, *Research Agenda for Health Economic Evaluation Project* (RAHEE), teve como objetivos informar a formulação de políticas de saúde através da

análise económica de intervenções em saúde e foi financiado pela Comissão Europeia (CE) no âmbito do Programa de Saúde em 2011. Este projeto contou com a participação de 8 peritos de vários países da UE em todas as fases do estudo, e de 20 peritos no painel Delphi. Foram selecionadas as 10 doenças que são responsáveis pelo maior *burden of disease* na UE, e foi efetuada uma revisão bibliográfica da evidência económica relacionadas com estas doenças. Posteriormente, os resultados foram discutidos no painel Delphi, e foram adicionalmente produzidos casos de estudo. Os resultados foram sintetizados num relatório de circulação interna, e foram feitas recomendações à CE baseadas nos défices de conhecimento identificados.



### **III. Atividades realizadas durante o estágio**

#### **III.1. Reuniões**

Uma das atividades mais frequentes que realizei durante o estágio consistia na assistência e participação em reuniões organizadas pelos parceiros da Representação da OMS junto da UE, bem como a colaboração na preparação de apresentações e discursos conforme necessário. Após cada reunião é necessário escrever um relatório crítico que resuma os pontos principais da reunião, bem como as ações a seguir pela Representação da OMS junto da UE. Seguidamente apresento uma listagem das reuniões e eventos nos quais estive presente, bem como uma breve descrição de cada um e do papel desempenhado por mim. Descrevo também a minha participação e contribuição em outras conferências relevantes para o desenvolvimento da minha atividade profissional.

#### **Conferência anual da European Public Health Alliance (EPHA) (2 e 3 de Setembro de 2015)**

A EPHA é a maior ONG de âmbito Europeu a desenvolver trabalho na área da advocacy em saúde Pública. As atividades desenvolvidas por esta organização incluem a monitorização dos processos políticos nas instituições Europeias, incluindo o suporte na partilha de informação em saúde pública entre os diversos parceiros (membros do parlamento europeu, sociedade civil, ONGs, entre outros); a comunicação de informações relevantes sobre os programas e iniciativas da UE aos cidadãos da UE e a outras ONGs; a formação, acompanhamento e suporte de outras ONGs e a participação em debates políticos relevantes (EPHA, 2016).

Esta conferência anual foi subordinada ao tema “Saúde em Todas as Políticas”, tendo como principal objetivo discutir os progressos na implementação da “Saúde em todas as Políticas”. Os temas debatidos incluíram a colaboração entre as ONGs e a CE em saúde pública, coerência entre diferentes políticas, governança em saúde e doenças crónicas. Representei a OMS nesta reunião, contribuindo para a

preparação do relatório da mesma e na elaboração da apresentação realizada pelo meu orientador.

#### **Assembleia Geral da EPHA (4 de Setembro de 2015)**

Representei a rede Europeia de Médicos Internos de Saúde Pública (Euronet MRPH - Medical Residents in Public Health), na qual integro o Executive Committee desde Janeiro de 2015, representando os médicos internos de Saúde Pública portugueses. Nesta reunião foram discutidos assuntos internos relativos à organização, que não irei detalhar neste relatório para assegurar a confidencialidade da reunião.

#### **European Asthma Research and Innovation Partnership (EARIP) Stakeholder Workshop (15 de Setembro de 2015)**

Os objetivos principais da EARIP são de diminuir as mortes por asma e as admissões no hospital, acelerar a descoberta de novos tratamentos e melhorar a qualidade de vida dos doentes asmáticos. Esta reunião, que se realizou no Parlamento Europeu (PE) teve como objetivo informar os diferentes parceiros, nos quais se incluíram predominantemente ONGs e organizações de cariz médico sobre os resultados do projeto EARIP e estabelecer uma estratégia futura.

Representei a OMS nesta reunião como membro de um painel de profissionais que discutiu a direção estratégica de uma futura iniciativa Europeia nesta área. Os principais assuntos que abordei na minha intervenção enquanto membro do painel foram os seguintes:

- A asma é a doença crónica mais comum nas crianças residentes na região Europeia;
- Uma estratégia eficiente para reduzir o *burden of disease* da asma terá obrigatoriamente que considerar os determinantes da saúde, que são elementos chave na prevenção e tratamento da asma.

A exposição secundária ao fumo do tabaco é uma das causas de problemas respiratórios em crianças, nos quais se inclui a asma. Mais de metade dos adolescentes entre os 13 e 15 anos de idade na região Europeia estão expostos ao fumo do tabaco, e esta percentagem ultrapassa os 90% nos balcãs e no Cáucaso. A poluição por agentes biológicos como o bolor no domicílio podem causar asma e predispor as crianças a uma maior sensibilidade à poluição no exterior. A exposição à poluição exterior, como por exemplo ao ozono e ao PM2.5 e PM10 pode causar dificuldades respiratórias. Assim sendo, é necessário considerar a temática da saúde ambiental.

A redução das desigualdades em saúde, assim como a intervenção nos determinantes sociais da saúde devem ser uma prioridade, uma vez que na região Europeia ainda existem desigualdades marcadas no diagnóstico e tratamento da asma.

Elaborei também um relatório relativo a esta reunião.

#### **Expert Roundtable Alcohol and Cancer, The Do's and the Dont's (16 de Setembro de 2015)**

Esta reunião, organizada pelos *MEPs Against Cancer* (MAC), teve como principal objetivo debater o potencial carcinogénico de componentes das bebidas alcoólicas, entres os quais o acetaldeído, bem como propor orientações para políticas Europeias neste assunto. Estiveram presentes vários parceiros que desenvolvem trabalho na área da prevenção e mitigação dos efeitos do consumo de álcool, incluindo a Eurocare, a Alcohol Policy Youth Network (APYN) e a European Association for the Study of the Liver (EASL). Houve um consenso em relação à necessidade de estabelecer limites na concentração de acetaldeído nas bebidas alcoólicas comercializadas na UE. Representei a OMS e a Alcohol Policy Network (APYN) nesta reunião, tendo elaborado um relatório sumário da mesma.

**Assembleia Geral da European Medical Students' Association (EMSA) (18 a 20 de Setembro de 2015)**

Representei a Alcohol Policy Youth Network (APYN) nesta reunião, tendo liderado uma workshop subordinada ao tema “Boas práticas em projetos para prevenção do consumo de álcool na comunidade”, no âmbito do projeto “Let it hAPYN”, financiado pela União Europeia no âmbito do Programa de Saúde. Este projecto, com a duração de três anos (Abril de 2013 a Abril de 2016), tem como principal objectivo recolher as boas práticas na prevenção do consumo de álcool nas organizações juvenis Europeias.

A workshop teve a duração de uma hora e meia e contou com a participação de dez estudantes de medicina oriundos de vários países Europeus.

**Reunião final do projeto Economics of Chronic Diseases (EConDA) (22 de Setembro de 2015)**

Esta reunião teve como principal objectivo apresentar os resultados do projeto *EConDA*, um projeto cujo objetivo principal foi procurar consenso entre peritos, políticos e organizações internacionais relativamente ao custo-efetividade de intervenções para prevenir, diagnosticar e tratar doenças crónicas como por exemplo a diabetes e a obesidade. No âmbito do projeto, foi também elaborado um modelo matemático disponível online para avaliação económica de intervenções na área das doenças crónicas. Representei a OMS nesta reunião, tendo elaborado um relatório sumário da mesma.

**EU Consultation on the UN General Assembly Special Sessions (UNGASS) 2016 (23 de Setembro de 2015)**

Esta reunião, realizada do Parlamento Europeu, teve como principal objetivo realizar uma consultoria com os diferentes parceiros relativamente ao processo da revisão das políticas de drogas a nível global. A reunião foi dividida em duas sessões. A primeira sessão focou-se na revisão das políticas de substâncias existentes, tendo

havido um consenso relativamente à necessidade de apresentar uma posição única da UE na UNGASS. Na segunda sessão, foram apresentadas e discutidas posição de organizações da sociedade civil em relação aos temas a discutir na UNGASS. Representei a OMS nesta reunião, tendo elaborado um relatório sumário da mesma.

### **European Health Forum Gastein (30 de Setembro a 2 de Outubro de 2015)**

O European Health Forum Gastein é uma conferência anual que se realiza na Áustria, em Bad Hofgastein, e que tem como objectivo discutir temas de saúde com relevância para o contexto Europeu. Nesta edição, juntou mais de 1400 profissionais de diversas áreas funcionais (investigadores, políticos e do terreno), nos quais se incluem o Comissário para a Saúde Vytenis Andriukaitis.

Fui seleccionada como bolseira do programa Young Gasteiners, que proporciona uma oportunidade de financiamento total para assistir a esta reunião a jovens profissionais. Durante a reunião, realizei uma apresentação de boas-vindas dirigida aos bolseiros, que poderá ser consultada no Anexo 2, durante a qual detalhei quais as oportunidades oferecidas pelo programa após a reunião. Fui também líder de um grupo de dez bolseiros do programa Young Gasteiners, tendo a responsabilidade de assegurar que todas as tarefas que nos foram alocadas eram cumpridas. Estas incluíam entrevistas aos participantes, elaboração de relatórios e blogs das sessões que nos foram alocadas e cobertura em social media. Fiquei responsável igualmente pelas contribuições do grupo que liderei no que diz respeito à newsletter da conferência, que contou com duas edições. Adicionalmente, co- coordenei e participei no programa de mentorship, cujo objetivo é proporcionar aos Young Gasteiners uma oportunidade de receber aconselhamento de um profissional sénior. O Doutor Santino Severoni, coordenador da delegação da OMS em Veneza e responsável pelo programa de migração e saúde foi o meu mentor neste programa.

### **Board meeting da Alcohol Policy Youth Network (4 de Outubro de 2015)**

Participei na reunião da direção da APYN, na qual exerço o cargo de Vice President for Alcohol Policy and Advocacy desde 2012. Esta reunião realizou-se em

Edimburgo e teve a duração de um dia, e foram discutidos assuntos internos à organização e feito o planeamento estratégico para o ano de 2016.

#### **Assembleia Geral da Alcohol Policy Youth Network (5 de Outubro de 2015)**

Participei na Assembleia Geral da APYN, representando igualmente a EMSA. Nesta reunião foram discutidos assuntos internos à organização.

#### **Audiência parlamentar sobre os riscos para a saúde relacionados com o consumo de carne vermelha (10 de Novembro de 2015)**

No seguimento da publicação de um relatório da International Agency for Research on Cancer (IARC) com os resultados preliminares de um estudo que avaliou o risco carcinogénico associado ao consumo de carne vermelha, o diretor da representação da OMS junto da UE foi convocado para uma audiência no Comité de Saúde Pública, Ambiente e Segurança Alimentar (ENVI). Colaborei na revisão da literatura relativa ao risco carcinogénico do consumo de carne, e preparei uma apresentação em powerpoint. Adicionalmente, preparei uma lista de questões e respostas prováveis sobre a temática, e colaborei na redação do relatório da audiência.

#### **Delivering results, sustaining gains – EU and Global Fund (10 de Novembro de 2015)**

Este evento, organizado pelo MPE Charler Goerens, teve como principal objectivo apresentar os resultados da colaboração entre a UE e o Global Fund durante o ano de 2015. Foram relatados os progressos no diagnóstico e tratamento de várias doenças, entre as quais a malária e a infecção por HIV. A necessidade de investir mais recursos na saúde das mulheres e crianças, bem como na sustentabilidade dos serviços de saúde, foram dois dos pontos apontados como prioridades para os próximos anos.

### **POLITICO Annual Healthcare Forum (10 de Novembro de 2015)**

Este evento teve como objetivo reunir parceiros da área da saúde para discutir como melhorar o acesso a fármacos, bem como a respetiva segurança, e assegurar que a inovação é sustentável. Apesar de haver um consenso geral relativamente à necessidade de melhorar o acesso aos fármacos, houve uma divergência em relação às políticas necessárias para alcançar este objetivo. Representei a OMS neste evento, tendo elaborado o relatório da mesma.

### **Cocktail de celebração do décimo aniversário do grupo de trabalho MEPS Against Cancer (10 de Dezembro de 2015)**

Estive presente neste evento, cujo objectivo foi assinalar o aniversário do grupo de trabalho. Foram discutidos os temas prioritários para este grupo de trabalho, entre os quais as políticas de álcool, e a necessidade de uma nova estratégia para reduzir o consumo de álcool e os problemas causados pelo álcool na UE. O Comissário para Saúde, Vytenis Andriukaitis, demonstrou o seu apoio na elaboração desta estratégia. Representei a OMS neste evento e elaborei um relatório sumário da mesma.

### **Assembleia Geral da Health and Trade Network (5 de Janeiro de 2016)**

Representei a APYN na primeira Assembleia Geral da Health and Trade Network, fundada com o objetivo de colmatar a necessidade de existir uma organização dedicada aos assuntos de saúde e comércio internacional. Foram discutidos assuntos internos à organização, incluindo o planeamento estratégico para o ano de 2016. Uma das temáticas-chave que fazem parte do plano de trabalho desta organização é o álcool e saúde.

### **Workshop Institucional no Observatório de Sistemas de Saúde (14 de Janeiro de 2016)**

Particpei na workshop organizada pelo European Health Forum Gastein (EHFG) no Observatório de Sistemas de Saúde, uma parceria entre a OMS e outras organizações. Esta workshop teve como objectivo principal descrever as atividades desenvolvidas pelo Observatório de Sistemas de Saúde a jovens profissionais da área de Saúde Pública que fazem parte da rede Young Gastein.

### **Understanding and Tackling the Migration Challenge: The Role of Research (5 de Fevereiro de 2016)**

Esta reunião com a duração de dois dias, organizada pela CE teve como principal objetivos apresentar e discutir a inclusão de evidência científica sobre migrações nas políticas de migração. No segundo dia foi discutida a evidência existente relativamente às migrações e saúde. As prioridades de investigação identificadas pelos participantes em migrações e saúde foram as seguintes: vigilância epidemiológica<sup>11</sup>, acesso a cuidados de saúde e monitorização e avaliação do estado de saúde.

### **Political hour – evento com o Comissário da Saúde Vytenis Andriukaitis (8 de Fevereiro de 2016)**

Particpei neste evento organizado pelos estagiários da Comissão Europeia que teve como principal objetivo proporcionar uma oportunidade de debater os principais desafios de saúde pública na UE a jovens profissionais a trabalhar na área. Os principais temas debatidos foram as políticas de álcool, a implementação da saúde em todas as políticas, e *e-health*<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Vigilância epidemiológica pode ser definida como a coleção, análise e interpretação contínua de dados de saúde, necessários para o planeamento, implementação e avaliação da prática de saúde pública. ([http://www.who.int/topics/public\\_health\\_surveillance/en/](http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/))

<sup>12</sup> O termo *e-health* refere-se ao uso de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde. Exemplos incluem o tratamento de doentes, a investigação científica, a educação dos profissionais de saúde, a vigilância epidemiológica e a monitorização da saúde pública. (<http://www.who.int/topics/ehealth/en/>)



### **Better food for better health (16 de Fevereiro de 2016)**

Este evento, organizado pela Representação da OMS junto da UE, decorreu no PE e teve como principal objetivo discutir soluções para melhorar a alimentação dos cidadãos da UE. Foram discutidos assuntos como a reformulação alimentar, e regulação da quantidade de gorduras trans e açúcar os alimentos. O evento contou com a participação de MPE do grupo de trabalho de saúde e de ONGs, que defenderam a necessidade de regulação normativa da composição dos alimentos, com o objetivo de limitar a quantidade dos mesmos. Os representantes da indústria alimentar defenderam que ao invés de regular a composição dos alimentos, é necessário investir na educação dos cidadãos e na redução das porções das refeições.

### **Palestra: Banking on Mobility over a Generation – Ensuring the Human Rights of Migrants and Security (19 de Fevereiro de 2016)**

Esta palestra, dada pelo Professor François Crépeau, *rapporteur* especial da ONU sobre os direitos humanos dos migrantes, abordou dois temas principais: os resultados do projeto Europeu FRAME (Fostering Human Rights Among European Internal and External Policies) e a gestão das fronteiras externas da UE. O Professor defendeu que a providência de soluções eficazes para proporcionar migrações legais é urgente, e deve ser estudada e implementada assim que possível.

### **Global Health Policy Forum (25 de Fevereiro de 2016)**

O Global Health Policy Forum é um evento organizado pela CE quatro vezes por ano que tem como objetivo debater assuntos de saúde global com os diferentes parceiros da UE. Representei a OMS neste fórum, onde foram debatidos temas relacionados com as migrações e saúde. A reunião foi dividida em duas partes, tendo a primeira contado com a descrição das atividades da International Organization on Migration (IOM), Médicos do Mundo e a Cruz Vermelha no apoio aos migrantes. Na

segunda parte, foram discutidos os diferentes apoios financeiros que a CE planeia disponibilizar para esta área, quer para investigação científica, quer para projetos internacionais. Redigi igualmente o relatório da reunião.

### III.2. Briefings

Os briefings são produzidos frequentemente pela Representação da OMS junto da UE, e têm como principal objetivo informar o leitor sobre um assunto ou personalidade através de um resumo com extensão recomendada de uma a duas páginas.

Durante o meu estágio, produzi briefings sobre assuntos atuais, instituições Europeias e personalidades. A necessidade de produzir estes briefings decorreu da participação em reuniões que abordavam os assuntos mencionados, ou através de um pedido originado na sede da OMS em Genebra.

Dentro dos briefings relativos a assuntos atuais, redigi três briefings, sobre álcool, demência e resistência a antibióticos. Estes tinham como objetivo apresentar as principais decisões tomadas a nível da UE, informar o leitor sobre o estado da arte do assunto respetivo, e sintetizar a posição da OMS sobre o mesmo.

Adicionalmente, completei um briefing destinado ao meu orientador de estágio na Instituição de Acolhimento sobre o documento “Health is a political choice” (a saúde é uma escolha política), integrada no Comité Regional Europeu de Saúde que se realizou em Vilnius, Lituânia, que decorreu de 14 a 17 de Setembro de 2015.

### III.3. Projetos

Participei em projetos colaborativos durante a frequência do meu estágio. O primeiro projeto denominava-se “Advocacy briefs for intersectoral action”, em colaboração com a sede Europeia da OMS em Copenhaga e sob a orientação de Monika Kosinska, Programme Manager Governance for Health na Division of Policy and Governance for Health and Well-being.

O principal objetivo deste projeto é produzir briefings de quatro páginas alinhados com a estratégia “Health 2020” (“Saúde 2020”) destinados a uma audiência com conhecimentos básicos de saúde, e funcionando como apoio às estratégias de advocacy. Realizei cinco briefings: Saúde Mental (Anexo 3), Envelhecimento (Anexo 4), Obesidade e Doenças Não Transmissíveis (Anexo 5), Parlamento Europeu (Anexo 6) e Sociedade Civil (Anexo 7). Estes briefings encontram-se neste momento em processo de revisão, edição e publicação.

Planeei, coordenei e testei um projeto piloto durante o estágio: o programa de indução para estagiários na representação da OMS junto da UE. Este programa tinha como objetivo principal ampliar os conhecimentos dos internos da OMS sobre a União Europeia e respetivas instituições, sobre a OMS e sobre os principais parceiros da OMS em Bruxelas, bem como na utilização de social media. A descrição completa do programa e respetivos objetivos encontra-se no Anexo 8. Foi igualmente realizada uma avaliação da execução deste programa, com resultados que considero bastante positivos.

Elaborei um briefing subordinado ao tema “As diferentes definições de Saúde Pública”, no qual fiz uma revisão da evolução do conceito de Saúde Pública e dos desafios que enfrenta na atualidade. Este briefing pode ser consultado no Anexo 9.

Adicionalmente, realizei um briefing sobre o vírus Zika, que serviu como base à preparação da intervenção do Diretor da Representação da OMS junto da UE na audiência parlamentar subordinada a este tema. Este briefing pode ser consultado no Anexo 10.

### **III.4. Atividade Científica**

#### **Estudo científico “Implementation of Health in All Policies at EU level”**

Realizei um estudo científico sobre a implementação da saúde em políticas de outras áreas a nível europeu. O protocolo, em anexo (Anexo 11), tinha sido elaborado no âmbito da disciplina de Metodologias de Investigação, integrante na

componente curricular do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais da FCSH-NOVA.

#### **AMEE conference (5 a 9 de Setembro de 2015)**

Participei neste congresso sobre educação médica, tendo liderado uma workshop subordinada ao tema “An introduction to medical education-students’ workshop”. Esta workshop discutiu diversos temas, como a produção de evidência científica em educação médica, programas de intercâmbio para estudantes e métodos de investigação em educação médica.

#### **European Public Health conference (14 a 17 de Setembro de 2015)**

Participei neste congresso de Saúde Pública, que se realizou em Milão, representando a Young Gastein Network, tendo co-coordenado uma workshop sobre avaliação crítica de artigos científicos em saúde pública tendo em conta os princípios éticos a respeitar nesta área.

#### **ASEF Lifelong Learning Hub (1 e 2 de Dezembro de 2015)**

Participei nesta reunião como convidada da ASEF, onde apresentei as principais conclusões da reunião Asia-Europe Rectors’ Conference ARC4, que decorreu em Março de 2015 em Hangzhou, na China, e na qual participei. Esta reunião destinou-se a discutir boas práticas de Lifelong Learning na Europa e na Ásia.

#### **Outras contribuições para atividade científica**

Durante o estágio, contribui como autora para um artigo científico sobre a influência da indústria tabaqueira na Diretiva do Tabaco, analisando as mudanças no texto da Diretiva do Tabaco de acordo com esta influência. Este artigo foi realizado em cooperação com outro interno e com o meu orientador na instituição de acolhimento.

Aprofundei os meus conhecimentos em metodologias de investigação em saúde, epidemiologia e estatística através da frequência do programa *Clinical Scholars Research Training* (CSRT), ministrado pela Harvard Medical School. Graduei-me da segunda edição do programa (2015) em Novembro de 2015, estando o programa completo do segundo ano do curso no Anexo 12.

Adicionalmente, contribui para o projeto científico SAIMI (A invisibilidade da morte nas populações migrantes em Portugal: vulnerabilidades e gestões transnacionais) do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Lisboa, através da escrita de um artigo científico sobre as atitudes dos imigrantes em Portugal em relação à morte e doação de órgãos.

Publiquei uma Carta ao Editor na *Acta Médica Portuguesa*, apresentando o projeto piloto Triangle, o qual co-coordenei em Portugal. Este projeto teve como principal objetivo estabelecer parcerias entre várias organizações de âmbito nacional com o objetivo de diminuir o consumo de álcool nos jovens, e foi financiado pela Comissão Europeia.

Fui co-autora de um artigo científico escrito em colaboração com três membros do staff da OMS, sobre políticas de tabaco. Este artigo foi submetido e aceite para publicação pela revista científica da *European Respiratory Society*.

### **III.5. Atividade de docência**

No âmbito do meu projeto doutoramento em Saúde Pública em curso na Universidade de Maastricht, na Holanda, e que contribui igualmente para o processo de aquisição de conhecimento deste relatório de estágio, fui tutora de duas sessões práticas do Bacharelato em Saúde Pública pertencentes ao módulo “Introduction to Semester 2”, nos dias 2 e 4 de Fevereiro de 2016. Estas sessões, baseadas no método de ensino de Problem Based Learning (PBL), incluíram os seguintes conteúdos:

- as principais instituições políticas da UE, em particular a CE, o PE e o Conselho Europeu;

- os assuntos-chave em políticas de saúde nos quais a integração Europeia desempenha um papel e a responsabilidade é partilhada entre os estados membros da UE;

- as competências formais e as atividades da UE nas diferentes áreas de políticas de saúde (diferentes graus de integração);

- os principais regulamentos da UE, julgamentos do Tribunal Europeu de Justiça (TEJ) e de outras instituições que sejam relevantes para o sector de saúde;

- a distribuição da saúde na UE e estados membros e as respetivas iniciativas políticas para diminuir as desigualdades de saúde.

Os alunos receberam dois problemas, tendo sido a primeira sessão dedicada à discussão e problematização dos casos, com o estabelecimento de objetivos de aprendizagem, e a segunda sessão à discussão dos conteúdos relacionados com os objetivos de aprendizagem.

### **III.6. Comunicação interna e gestão de informação**

Assisti a consultora de comunicações em várias tarefas durante o estágio, nomeadamente na gestão do calendário de eventos. Esta função implicava a recolha de informação sobre eventos com interesse para a Representação da OMS junto da UE, (nomeadamente a temática do evento, o organizador e a localização), e a respetiva colocação no calendário partilhado acessível a todos os colaboradores. Colaborei igualmente, juntamente com o meu orientador de estágio, na análise crítica da estratégia a adotar para a participação nos referidos eventos.

Contribui também para a elaboração da estratégia de presença da Representação da OMS junto da UE nas redes sociais (twitter), e também para a sua presença nas mesmas, através da produção de tweets durante os eventos nos quais participei.

Por fim, contribui para a realização de um modelo para um briefing político de uma página a utilizar futuramente pela Representação da OMS junto da UE. O

objetivo principal deste briefing político é informar as delegações da OMS com um papel predominantemente técnico sobre os processos políticos em curso a nível da UE relativos a esses temas. O modelo encontra-se atualmente em revisão, tendo redigido três documentos durante o meu estágio, subordinados aos seguintes temas: álcool, demência e resistência aos antibióticos.

Na área da gestão de informação, fui editora chefe e primeira autora de um manual introdutório destinado aos estagiários da Representação da OMS junto da UE, que inclui informação sobre as atividades da Representação, funcionamento prático da Representação e noções básicas sobre Instituições e Políticas Europeias. Para complementar o manual e a apresentação em formato powerpoint que é atualmente ministrada aos novos internos, realizei apresentações adicionais em powerpoint sobre Instituições Europeias e Políticas Europeias. Por serem documentos internos de distribuição restrita, não me é possível anexá-los a este relatório.

### **III.7. Formação**

#### **Recebida**

##### **EPHA strategic and policy training on NCD (18 de Setembro de 2015)**

Participei neste curso, representando a OMS, cujo principal objetivo foi discutir futuras propostas de legislação baseadas na evidência com o objetivo de minorar o impacto das doenças não transmissíveis. Durante a formação foram igualmente discutidas estratégias de advocacia para alcançar estas mudanças legislativas.

##### **Johns Hopkins Fall Institute in Barcelona (16-20 Novembro de 2015)**

Recebi uma bolsa no valor das propinas para frequentar dois cursos do Johns Hopkins Fall Institute, uma colaboração entre a Johns Hopkins University e a

Universidade Pompeu Fabra na área da Saúde Pública. Frequentei o curso *Tools for Public Health Practice* e o curso *Health Impact Assessment*. O primeiro curso tinha como objectivo fornecer ferramentas para a prática de Saúde Pública, tanto a nível local como nacional e internacional. O segundo curso tinha como objectivo proporcionar as ferramentas e o treino necessário para elaborar análises de impacto em saúde.

### **Training on lobbying and advocacy (17 de Dezembro de 2015)**

Particpei no curso organizado pela *Rhode Public Policy* para a Representação da OMS junto da UE, cujo objetivo principal foi de proporcionar aos participantes ferramentas para uma negociação eficaz com as instituições europeias e organizações relevantes.

### **Ministrada**

Realizei duas sessões de duas horas durante as quais apresentei as seguintes temáticas aos novos estagiários da OMS:

- Introdução às Instituições Europeias;
- Introdução aos parceiros Europeus da OMS;
- Funcionamento do Journal Club.

O Journal Club foi iniciado durante a frequência do meu estágio, e o seu objectivo principal foi de proporcionar um espaço de apresentação e discussão de artigos científicos relevantes para a atividade da Representação da OMS junto da União Europeia. Colaborei na gestão deste programa, nomeadamente na escolha dos artigos a apresentar e na revisão e crítica das apresentações dos estagiários.



### III.8. Organização de eventos

Além da colaboração pontual para a organização de reunião internas e externas, organizei um evento na Representação da OMS junto da UE, em colaboração com o *European Health Forum Gastein*. A workshop incidia sobre o tema de migrações e saúde, e destinava-se a membros da iniciativa Young Gastein. A workshop foi cancelada por questões logísticas, uma vez que estava planeada para o dia 24 de Março, dois dias após os atentados em Bruxelas.

### III.9. Apresentações

Durante a frequência do estágio, realizei duas apresentações para os funcionários da Representação da OMS junto da UE. A primeira apresentação inseriu-se no recém-constituído Journal Club, onde apresentei criticamente o artigo *Long working hours and risk of cardiovascular disease and stroke*, publicado no Lancet em 2015 (doi: 10.1016/S0140-6736(15)60295-1). Os slides da apresentação encontram-se no Anexo 13.

Realizei igualmente uma apresentação oral no local de estágio sobre as atividades desenvolvidas, incluindo uma reflexão crítica da aprendizagem ao longo do estágio.

### III.9. Outras atividades

Durante a frequência deste estágio, participei noutras atividades não diretamente relacionadas com o estágio mas com relevância para a minha formação. Como membro eleito da Comissão de Saúde Pública do Sindicato Independente dos Médicos no Triénio 2015-2017, dei continuidade aos trabalhos desta comissão.

Inscrevi-me em três clubes *Toastmasters* bilingues (Inglês e uma segunda língua: Francês, Espanhol e Italiano), com o objetivo de praticar a minha capacidade de me expressar em público, quer em discursos improvisados quer em discursos

previamente preparados, em qualquer destas línguas. Durante o estágio, tive diversas oportunidades de aplicar os conhecimentos adquiridos aquando a participação em eventos.

### III.10. Conhecimentos adquiridos

Durante o estágio, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos em várias áreas da Saúde Pública, nomeadamente nos determinantes da saúde em doenças crónicas, área principal de trabalho durante este período. Tive a oportunidade de trabalhar em ambiente e saúde e doenças transmissíveis, embora em menor profundidade comparativamente à temática anterior. Para além de adquirir conhecimentos sobre a epidemiologia das doenças e dos seus determinantes, adquiri consideráveis conhecimentos sobre a ação desenvolvida pela OMS Europeia nestas áreas. Os conhecimentos foram adquiridos através de dois veículos fundamentais: assistência e participação em reuniões e eventos temáticos, bem como através da realização de briefings, que implicavam uma revisão de literatura e síntese da mesma.

Outra das capacidades que desenvolvi foi a capacidade de efetuar revisões não sistemáticas de informação para diversos tipos de audiências, principalmente através da realização de briefings mas também na preparação de discursos e apresentações para o meu orientador na Instituição de Acolhimento.

Através da realização dos relatórios de cada reunião, desenvolvi uma capacidade crítica sobre os eventos aos quais assisti, incluindo a análise das motivações de cada um dos intervenientes e as razões pelas quais tomam determinada posição. Este estágio foi igualmente importante para ampliar conhecimentos sobre negociação e diplomacia, áreas importantes na negociação das políticas de saúde pública quer a nível nacional quer a nível internacional.

Sem dúvida que uma das vantagens deste estágio foi a possibilidade de aplicar diretamente os conhecimentos adquiridos no Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, nomeadamente os relativos a *policy networks* e

comunidades epistémicas. O estágio permitiu igualmente ampliar conhecimentos sobre os atores na área da saúde, uma vez que os assuntos abordados na componente letiva do Mestrado são predominantemente de carácter geral.

As outras tarefas mencionadas, embora não estando diretamente relacionadas com o estágio, contribuíram para a realização dos seus objetivos. A presença, participação e apresentação em reuniões científicas de saúde pública contribuiu para o desenvolvimento do meu espírito crítico na área de políticas de saúde. Ao escrever artigos científicos destinados a publicação em revistas científicas com revisão por pares, desenvolvi igualmente a capacidade de comunicar em linguagem científica. Ao escrever um artigo sobre políticas de álcool destinado a um público predominantemente técnico na área da saúde (médicos), desenvolvi a capacidade de adaptar informação de outra área científica (ciência política e relações nacionais) de forma a ser compreendida por uma área com conhecimentos limitados em processos políticos.

A docência em língua inglesa numa temática familiar (saúde pública na UE) implicou uma revisão aprofundada e uma integração dos conhecimentos adquiridos no Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais com os conhecimentos de saúde pública que já possuía. Adicionalmente, a preparação e gestão parcial do programa de indução para os estagiários, nomeadamente a formação em instituições europeias, contribuiu também para a revisão e integração constante dos conceitos.

## IV. Conclusões e recomendações

Após seis meses de estágio, não tenho qualquer dúvida que a Representação da OMS junto da UE desempenha um papel de destaque na formulação de políticas de saúde. Esta afirmação é suportada pelo facto da OMS beneficiar de uma elevada reputação técnica na área da saúde, o que aumenta o seu poder de influência. Adicionalmente, a presença permanente de membros sénior de *staff* assegura uma continuidade das relações da OMS com um elevado número de parceiros, o que também contribui para atingir os objetivos da Representação da OMS junto da UE. Finalmente, a Representação assume-se como uma delegação estratégica da organização em termos financeiros, uma vez que seria extremamente dispendioso para a OMS se fazer representar por membros de *staff* a residir fora de Bruxelas.

Durante o estágio, procurei maximizar a colaboração interprofissional, através da qual adquiri conhecimentos não só em Saúde Pública, mas também em comunicação corporativa, assuntos Europeus e diplomacia.

Procurei não me limitar às tarefas que me foram atribuídas, tendo procurado contribuir para a gestão da organização e da informação, através da realização do manual de apoio aos internos e da colaboração na realização de um novo modelo para realização de briefings, em colaboração com profissionais de outras áreas. A realização destas tarefas implicou uma preocupação com a sustentabilidade da minha passagem por esta instituição, procurando deixar um legado funcional após o meu estágio.

Uma das principais dificuldades que senti no início do estágio foi a adaptação a um ambiente de trabalho muito diferente da minha experiência até essa data. Tendo trabalhado quase exclusivamente como prestadora de cuidados de saúde no contexto hospitalar e de centro de saúde, tanto a nível nacional como internacional, foram vários os motivos que tornaram este estágio um desafio. Em primeiro lugar, pela natureza da instituição de acolhimento: uma representação de uma organização internacional, com elevada exigência de qualidade. Qualquer erro em atividades de representação, que constituíram cerca de metade do tempo de

estágio, poderia comprometer a reputação de toda a organização. Em segundo lugar, a necessidade constante de integrar conhecimentos técnicos de saúde com conhecimentos de ciência política e relações internacionais, procurando compreender os processos políticos e as posições dos diferentes atores, tanto nos eventos em que participei, como na preparação dos mesmos, ao elaborar briefings. Considero que a compreensão dos processos políticos foi pontualmente uma das maiores dificuldades que senti, especialmente no início do estágio. Embora já possuísse algum conhecimento prévio sobre os diferentes atores da saúde pública, por vezes deparei-me com intervenções de atores em reuniões e eventos que não consegui compreender com a facilidade que desejava, umas vezes por não perceber exatamente qual o seu posicionamento em relação aos ideias defendidos pela OMS, outras por não compreender o direcionamento da sua intervenção. Esta dificuldade foi predominantemente sentida em assuntos que não faziam parte do meu portfólio designado no início do estágio (determinantes de saúde), e quando fiz substituições não programadas de colegas em atividades de representação.

Outra dificuldade sentida foi sem dúvida a adaptação a um contexto onde a maioria dos atores não tem a área técnica da saúde como formação base. Se por um lado, a necessidade de adaptar o discurso técnico de saúde pública ao público em geral foi um desafio e um importante contributo para a minha aprendizagem, por outro, o facto de me aperceber que as políticas de saúde são raramente baseadas na melhor evidência científica disponível foi um obstáculo na realização do meu trabalho. Um dos exemplos deste conflito foram as discussões relacionadas com a renovação do protocolo de cooperação que a CE tinha com a PMI com o objetivo de combater a comercialização ilegal de tabaco e produtos derivados. Apesar da CE ser signatária da FCTC, o que implica a concordância com os pressupostos do Artigo 5.3, que preconiza a proteção o acesso e interferência da indústria tabaqueira em qualquer processo de formulação de políticas relacionadas com o tabaco ou produtos derivados; a CE e o PE discutiram e votaram a renovação do protocolo. A decisão final foi de não renovar o protocolo, no entanto, e de acordo com a evidência científica existente e também com os pressupostos da FCTC, esta discussão não deveria ter acontecido – o protocolo existente entre a CE e a PMI

expirava em Julho de 2016, e deveria ter sido assumida a sua não renovação. Outro exemplo foram as discussões sobre o possível estabelecimento de um teor máximo de gorduras *trans* e açúcar nos alimentos comercializados na UE. A OMS publicou vários documentos nos quais a evidência científica é sumarizada, e conclui-se sempre que a limitação do conteúdo de gorduras *trans* e açúcar nos alimentos traz benefícios de saúde consideráveis em todas as idades. No entanto, a indústria alimentar presente neste debate argumentou que por um lado, é necessário educar os cidadãos para consumirem porções menores, e por outro, que reformulações repentinas do conteúdo dos alimentos poderiam conduzir a uma diminuição do consumo dos produtos que comercializam. Estes exemplos ilustram por um lado o papel predominantemente técnico da OMS na formulação de políticas de saúde, e por outro lado a dificuldade em afirmar a evidência científica.

A comunicação correta da informação técnica foi outro aspecto que constituiu um desafio ao longo do estágio, e um dos principais conteúdos de aprendizagem. Um dos exemplos que ilustra esta aprendizagem foi a comunicação de imprensa do IARC sobre o risco carcinogénico do consumo de carne vermelha, baseada em dados ainda não validados, que lançou o debate no PE e que motivou a ida do Representante da OMS na UE a uma audiência parlamentar.

Durante o meu estágio, apercebi-me de alguns aspetos que poderiam ser melhorados no sentido de melhorar a ação da Representação da OMS junto da UE:

- Planeamento atempado das atividades de representação

As atividades de representação são planeadas a partir de um calendário de eventos, que contém informação essencial sobre cada um. Todos os membros do staff têm acesso a esta ferramenta, mas apenas quando estão no local de trabalho. O diretor da Representação da OMS junto da UE decide, em consultoria com o departamento de comunicação, se é relevante a presença da OMS no evento, e quem deverá representar a organização. Esta distribuição é realizada de acordo com o assunto do evento, a sua importância e a disponibilidade do *staff*. Tanto quanto

possível, a OMS é representada em cada evento pelo membro de staff que segue a temática.

No entanto, devido a vários fatores nos quais se incluem viagens de trabalho simultâneas de vários membros do *staff*, muitas vezes a alocação foi feita poucos dias antes dos eventos, o que implicava dificuldade acrescida na inscrição nos mesmos, e em alguns casos, impossibilidade de representação da OMS.

Penso que uma solução para este problema poderia ser a criação de um calendário partilhado disponível remotamente, que facilitaria a consulta e tornaria as decisões de representação mais céleres.

#### - Definição do contributo nas reuniões de representação

Para além da representação e do reporting, a OMS é também frequentemente convidada a intervir durante os eventos onde se faz representar, sob a forma de comunicação oral ou participação em painéis de discussão. Quando a OMS não é convidada a intervir, o papel dos membros de staff que representam a OMS na reunião é frequentemente pouco definido, particularmente quando a OMS se faz representar por estagiários. Nesses casos, a Representação da OMS junto da UE não dispõe de recomendações específicas, deixando ao critério do representante se deseja intervir, e como o realizar. Embora não haja registo de situações que comprometam a imagem da Representação da OMS junto da UE, penso que seria importante estabelecer com os estagiários quais os limites da sua contribuição em cada evento, de forma a prevenir possíveis problemas no futuro.

#### - Reformulação dos modelos de reporting

Para cada evento em que a OMS é representada, é necessário preencher um modelo de relatório pré-definido, que contém informações sobre o evento, e sobre as ações pós-evento a seguir pela Representação da OMS junto da UE ou por outras delegações da OMS.

Na minha opinião, este modelo, apesar de ter sido reformulado durante a frequência do meu estágio, carecia de um documento acompanhante que explicasse o seu correto preenchimento, bem como de uma lista de objetivos estratégicos para orientar a recolha de informação durante os eventos.

- Aumento das oportunidades de formação em serviço

Durante o meu estágio, foram introduzidas oportunidades de formação em serviço, nomeadamente o Journal Club, o programa de indução para os estagiários e um dia de formação com a Rhode Public Policy, ambos detalhados anteriormente.

Apesar de ter havido um progresso considerável no aumento das oportunidades de formação em serviço, penso que poderiam ser introduzidas facilmente outras oportunidades de formação. Uma das possíveis opções de fácil implementação poderia ser formação interna ministrada pelos membros permanentes do *staff*, focando-se nos assuntos nos quais são especialistas. Outra opção seria o estabelecimento de parcerias com organizações externas para a realização de atividades complementares de formação.

- Aumento do *staff* e diminuição da rotatividade

Um dos maiores desafios que enfrentei durante o estágio foi sem dúvida o facto de não haver um número suficiente de membros de *staff*, o que não só aumentava a quantidade de trabalho alocada a cada um, mas também implicou que muitas vezes tenha representado a OMS em eventos cujo tema não me era familiar. Além de dificultar o processo de representação, acrescia trabalho prévio de preparação que por vezes durava vários dias.

Por outro lado, uma fração significativa do trabalho era assegurada por estagiários, que cumpriam períodos de 3 a 6 meses. Isto implicava uma considerável rotatividade, bem como um período de adaptação, o que dificultava as atividades de representação em eventos e a respetiva qualidade.



- Redefinição da estratégia de comunicação

Durante o meu estágio, a estratégia de comunicação externa foi revista, nomeadamente no que diz respeito às redes sociais (twitter). Os membros de *staff* que ainda não utilizavam esta rede social foram encorajados a criar uma conta pessoal e utilizá-la tanto quanto possível, particularmente durante atividades de representação.

Foi igualmente criada uma conta institucional no twitter, apenas acessível a alguns membros de *staff*. Embora considere que a criação desta conta foi um importante passo estratégico, o facto de só ser acessível a alguns membros do staff dificulta a sua utilização, e implica que os tweets oficiais relativos a cada atividade de representação tenham de ser feitos antes ou depois do evento.

Os objetivos principais do estágio (realização de um estudo científico sobre a implementação do artigo 168 do Tratado da União Europeia e acompanhamento dos estagiários da instituição) foram plenamente cumpridos. O estudo científico encontra-se neste momento em revisão e será de divulgação interna, pelo que não foi possível anexá-lo a este relatório. Acompanhei igualmente todos os estagiários da instituição, nomeadamente através da construção e implementação do programa de indução para os estagiários, no qual ministrei formação em instituições europeias e saúde pública europeia. A análise dos questionários de avaliação relativos à formação revelou um elevado grau de satisfação e um desejo de continuidade da mesma.

Os objectivos secundários estabelecidos foram igualmente cumpridos. Realizei diversos briefings, relatórios e apresentações para o Diretor da Representação da OMS junto da UE, e participei em reuniões subordinadas ao tema das doenças não transmissíveis, mais especificamente as relativas aos determinantes de saúde. Adicionalmente, recebi formação na área e envolvi-me em diversas atividades extra-estágio, que em muito contribuíram para maximizar esta experiência e contribuir para a integração e cimentação dos conhecimentos adquiridos durante o ano curricular do Mestrado.

Por fim, o estágio proporcionou-me uma oportunidade única de interagir diretamente com as *policy networks* e com as comunidades epistémicas na área da saúde, nomeadamente as que se dedicam aos determinantes de saúde (álcool, tabaco e nutrição). Compreendi que a interação entre estas e os diferentes níveis de governação é extremamente complexa, especialmente no caso do álcool e do tabaco. A existência de uma representação da OMS com competências diplomáticas adicionalmente às competências técnicas e à respetiva autoridade na área da saúde assume-se como fundamental no sentido de assegurar a maximização da integração da evidência científica nas políticas de saúde na UE.

## Bibliografia

Active Europe (2013) *Civil Society Organizations to leave the European Alcohol and Health Forum*. Disponível em:

[http://www.activeeurope.org/images/Press\\_release\\_\\_\\_Civil\\_Society\\_Organizations\\_to\\_leave\\_EAHF.pdf](http://www.activeeurope.org/images/Press_release___Civil_Society_Organizations_to_leave_EAHF.pdf)

Anderson P., Moller L., & Galea G. (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Organização Mundial de Saúde.

Best & Neuhauser (2004) *Ignaz Semmelweis and the birth of infection control*. British Medical Journal 13:233-234.

Comissão Europeia [CE] (2006) *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*.

Comissão Europeia [CE] (2011) Report on the public consultation on the possible revision of the Tobacco Products Directive (2001/37/EC). Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/consultation\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/consultation_report_en.pdf) [consultado a: 3 de agosto de 2016]

Comissão Europeia [CE] (2012 b) *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the appointment of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products*. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/index_en.htm) [consultado a: 15 de maio de 2015]

DG SANCO (2009) *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy*. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_progress.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf) [consultado a: 15 de maio de 2015]

DG SANCO (2011) *Report on the public consultation on the possible revision of the Tobacco Products Directive (2001/37/EC)*. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/consultation\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/consultation_report_en.pdf) [consultado a: 15 de maio de 2015]

EPHA (2016) About us. Disponível em: <http://epha.org/about-us/> [consultado a: 3 de agosto de 2015]

EurActive Press release (2013) Brewers have a key role to play in fighting youth unemployment. Disponível em: <http://pr.euractiv.com/pr/brewers-have-key-role-play-fighting-youth-unemployment-101904>

Haas, P. (1990) *Saving the Mediterranean*, New York: Columbia University Press.

Haas, P. (1992) *Introduction: Epistemic communities and international policy coordination*. *International Organization*, 46: 1-35.

Hague R. e Harrop M. (2007) *Comparative Government and Politics* 7<sup>th</sup> edition, Palgrave.

Kingdon, J. (1984) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Glenview, IL: Scott. Foresman & Co.

Kooiman, J. (1993) (ed.) *Modern Governance: New Government-Society Interactions* (London and Thousand Oaks CA: Sage).

Marks, G. e Hooghe, L.(1996) European Integration from the 1980s: State-Centric v. Multi-level Governance. *Journal of Common Market Studies*, 34: 341–378

Nolke, A. (2000) *Regieren in transnationalen Politiknetzwerken? Kritik postnationaler Governance- Konzepte aus der Perspektive einer transnationalen (Inter-)*

Organisationssoziologie. Zeitschrift für internationale Beziehungen 7(2), 331-58.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2003) *Framework Convention on Tobacco Control*. Disponível em: [http://www.who.int/fctc/text\\_download/en/](http://www.who.int/fctc/text_download/en/) [consultado a: 15 de maio de 2015]

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2014) *Twelfth General Program of Work 2014-2019. Not merely the absence of disease*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW\\_2014-2019\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW_2014-2019_eng.pdf?ua=1) [consultado a: 3 de agosto de 2016]

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015) WHO report on the global tobacco epidemic. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1) [consultado a: 3 de agosto de 2016]

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2016 a) About WHO. What we do. Disponível em <http://www.who.int/about/what-we-do/en/> [consultado a: 3 de agosto de 2016]

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2016 b) WHO Representation to the European Union, Brussels, Belgium. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/other-partners/european-union-eu-and-its-institutions2/who-representation-to-the-european-union,-brussels,-belgium> [consultado a: 3 de agosto de 2016]

Peeters, B.G. (1994) Agenda-setting in the European Community. *Journal of European Public Policy*. 1:9-26.

Peeters, S et al. (2015) *The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'*. *Tobacco Control*, 0:1-10.

Peterson, J. and Bomberg, E. (1999) *Decision-making in the European Union* (Basingstoke and New York: Palgrave).

Peterson, J. (2003) *Policy Networks*. Political Science Series. Institute for Advanced Studies, Vienna.

Philip Morris International [PMI]. (2012). *EU Tobacco Products Directive Review 17 August 2012*.

Philip Morris International [PMI]. (2013). *Copy of the new Transparency Register. List of consultants and their expenses*.

Rhodes, R.A.W. (1990). "Policy Networks: A British Perspective." *Journal of Theoretical Politics* 2. 3: 293–317.

Radaelli, C. (1999) *The Public Policy of the European Union: whither politics of expertise?* *Journal of European Public Policy*. 6: 757-74.

Roberts, N. (1992) Roberts: Public Entrepreneurship and Innovation. *Review of Policy Research*. 11:55-74.

Sabatier P. (1993) *Policy Change and Learning: an Advocacy Coalition Approach*, Boulder, CO: Westview Press.

Sabatier, P. (1998) *The advocacy coalition framework. Revisions and relevance for Europe*. *Journal of European Public Policy*. 5:98-130.

Sabatier, P. (1999) The advocacy coalition framework: an assessment. In P. Sabatier (ed.), *Theories of the Policy Process*. Oxford: Westview Press.

Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks [SCENIHR]. (2008). *Scientific opinion on the Health Effects of Smokeless Tobacco Products*.  
Disponível em:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_risk/committees/04\\_scenihhr/docs/scenihhr\\_o\\_013.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihhr/docs/scenihhr_o_013.pdf)  
f [consultado a: 15 de maio de 2015]

Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks [SCENIHR].  
(2010). *Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives*. Disponível em:  
[http://ec.europa.eu/health/scientific\\_committees/emerging/docs/scenihhr\\_o\\_031.pdf](http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenihhr_o_031.pdf)  
f [consultado a: 15 de maio de 2015]

Semmelweis Society International. (2009) Dr Semmelweis' biography. Disponível em:  
<http://semmelweis.org/about/dr-semmelweis-biography/> [consultado a: 3 de agosto  
de 2016]

Zito, A. R. (2001) *Epistemic communities, collective entrepreneurship and European integration*. Journal of Public Policy. 8:4

## Lista de figuras, quadros e anexos

### **Figuras:**

Figura 1. Posicionamento da OMS em relação à ONU

Figura 2. Localização das diferentes delegações da OMS

### **Quadros:**

Quadro 1. Posições e abordagens das principais comunidades epistémicas no EHAF

Quadro 2. Resumo das mudanças textuais na diretiva do tabaco e produtos derivados. (adaptado de Peeters, 2015)

### **Anexos:**

Anexo 1. Plano de estágio

Anexo 2. Apresentação aos bolsiros da iniciativa Young Gastein do European Health Forum Gastein

Anexo 3. Briefing sobre Saúde Mental

Anexo 4. Briefing sobre Envelhecimento Saudável

Anexo 5. Briefing sobre Obesidade e Doenças Não Transmissíveis

Anexo 6. Briefing sobre o Parlamento Europeu

Anexo 7. Briefing sobre a Sociedade Civil

Anexo 8. Programa de indução para estagiários na Representação da OMS junto da UE

Anexo 9. Briefing sobre a definição de Saúde Pública

Anexo 10. Briefing sobre o vírus Zika

Anexo 11. Protocolo do estudo científico “Implementation of Health in All Policies at EU level”

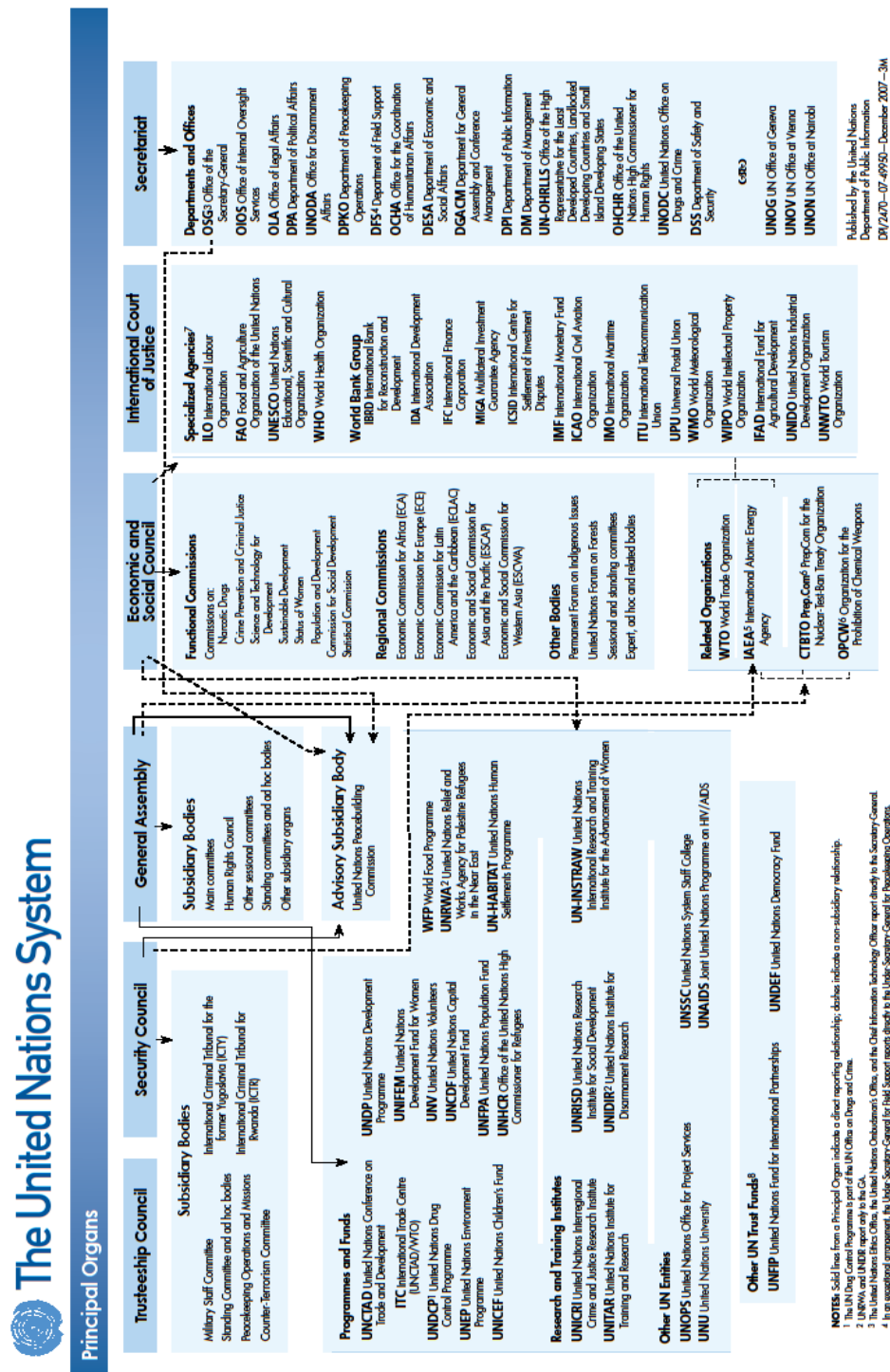
Anexo 12. Certificado de conclusão do Programa *Clinical Scholars Research Training* (CSRT) da Harvard Medical School

Anexo 13. Programa do *Clinical Scholars Research Training* (CSRT)

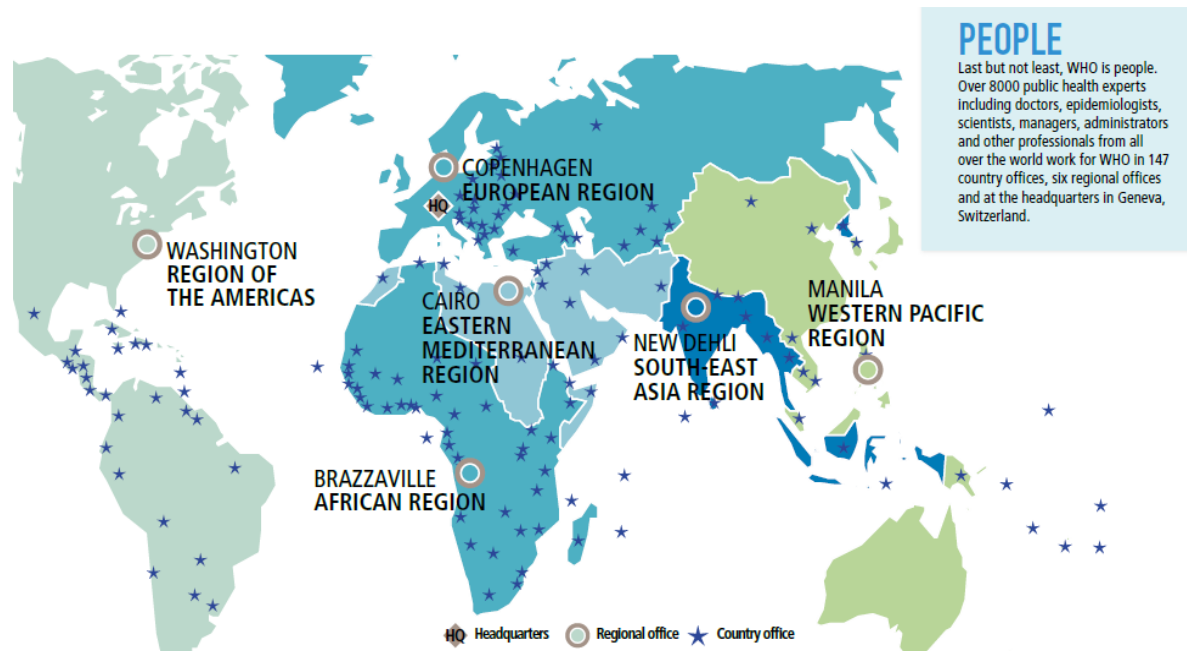
Anexo 14. Apresentação no Journal Club



Figura 1. Posicionamento da OMS em relação à ONU



**Figura 2. Localização das diferentes delegações da OMS**



## Anexo 1. Plano de estágio

### **Plano de estágio** **Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais** **Especialização em Estudos Europeus**

Local de estágio: Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia na Bélgica

Orientador de estágio: Dr. Roberto Bertollini

Orientador de Estágio na FCSH: Professora Doutora Ana Santos Pinto

Duração: 800 horas de trabalho

Orientação da FCSH: 20 horas

#### **Introdução à instituição de acolhimento**

A União Europeia (UE) é um parceiro importante e estratégico da Organização Mundial de Saúde (OMS), e Bruxelas afirma-se como um centro de debate, tomada de decisão e influência de opinião. A representação da OMS junto da UE tem como objetivo promover e avançar a saúde na agenda das discussões políticas, e na ação externa da UE, nomeadamente na saúde global. Este objetivo está alinhado com a estratégia “Saúde em Todas as Políticas” (Health in All Policies). A presença de uma representação permite assim reforçar a parceria estratégica da OMS junto da UE.

A representação Europeia da OMS funciona assim como um *hub*, veiculando as posições, estratégias e dados produzidos pela OMS para os parceiros Europeus sediados em Bruxelas, e simultaneamente informando a OMS dos desenvolvimentos políticos, eventos e oportunidades de financiamento.

Os principais papéis da Representação da OMS na UE são a monitorização das políticas, estratégias, iniciativas, programas e intervenções da UE; a facilitação das relações institucionais entre a OMS e a UE; a identificação das oportunidades para melhorar a cooperação a nível global, regional e nacional; a defesa, manutenção e melhoria da imagem corporativa da OMS; a colaboração com outras agências da Organização das Nações Unidas (ONU) e o apoio ao escritório regional Europeu da Organização Mundial de Saúde.

As principais tarefas da Representação da OMS na UE são de representação e networking; cooperação financeira, nomeadamente no FAFA (Financial and Administrative Framework Agreement between the European Community and the United Nations); estabelecimento de parceiras estratégicas (nomeadamente a organização das *Senior Official Meetings*); colaboração técnica em várias áreas da saúde e inovação e investigação.

### **Plano de trabalhos a desenvolver durante o estágio**

- Estudo “Health in All Policies” (Saúde em Todas as Políticas)

Este estudo terá como principal objetivo avaliar a presença da saúde como temática na formulação de políticas em áreas não relacionadas com a saúde, nas duas últimas legislaturas. O protocolo encontra-se em fase final de definição.

- Acompanhamento dos trabalhos Representação da Organização Mundial de Saúde junto da União Europeia na Bélgica
- Orientação de futuros internos da organização, nomeadamente no acolhimento e no estabelecimento do plano pessoal de estágio
- Desenvolvimento de uma formação de acolhimento para internos sobre assuntos Europeus e Saúde

Total: 800 horas

### **Plano de orientação na FCSH**

- Reuniões com a orientadora para definição e aprovação do plano de estágio (4 horas)
- Acompanhamento do estágio (10 horas)
- Apoio na conceptualização e redação do relatório final de estágio (6 horas)

Total: 20 horas

## Anexo 2. Apresentação aos bolseiros da iniciativa Young Gastein do European Health Forum Gastein



### Young Forum Gastein Taskforce

The YFG Taskforce helps to coordinate Young Gastein activities throughout the year and particularly in the run-up to the EHFG conference. The current members are as follows:



Kolia Béné, French, Global Health & European Public Health Advocate, Hepatitis Partnerships Manager – Coalition PLUS

Claudia Bettina Maier, German, 2014/15 Harkness Fellow on Healthcare Policy and Practice, University of Pennsylvania, Technische Universität Berlin

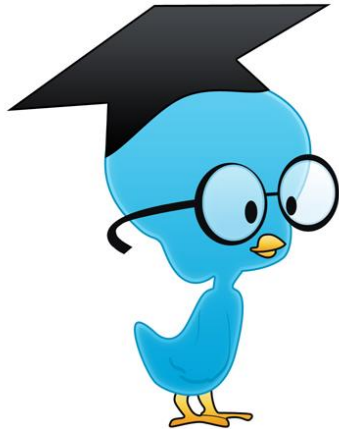
Tatiana Paduraru, Moldovan, Consultant foreign assistance, Ministry of Health of the Republic of Moldova/WHO CO

Sofia Ribeiro, Portuguese, Medical Doctor, Resident in Public Health, Portugal and Vice President for Alcohol Policy and Advocacy, Alcohol Policy Youth Network

Thomas Van Cangh, Belgian, Expert in Preparedness, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Sweden



## Top Tips from Alumni



1. Sofia Ribeiro
2. Dimitra Panteli
3. Gabriele Pastorino

## Mentoring Sessions



- Very successful opportunity started in 2014!
- Great line-up of mentors this year
  - *Global and EU Policymakers*
  - *UN Institutions, Research and Academia*
- Write us a piece on your experience!

## Anexo 3. Briefing sobre Saúde Mental

### Health 2020: Mental Health

- Side box notes, one on each page of the briefing

#### Key messages

The goal of Health 2020 is to “significantly improve the health and the well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems are universal, equitable, sustainable and of high quality”.

1. **Health and well-being are public goods and assets for human development** that contribute to strong, dynamic and creative societies.
2. **Health and well-being are the best achieved if the whole of government works together**, and Health 2020 promotes whole-of-government and whole-of-society approaches
3. **Health and well-being can be improved and health inequalities can be reduced** through the right policies and by working with other sectors.
4. **Different countries, cities and communities are at different starting-points**; each is unique and can pursue common goals through different pathways.
5. **Social progress is best measured by objective indicators of health, health equity and well-being**, and this includes the conditions in which people are born, live and work.

#### Health 2020: a framework for action

All Member States in the WHO European region have agreed to monitor progress in reaching six common targets:

- 1) Reduce premature mortality in the European Region by 2020;
- 2) Increase life expectancy in the European Region;
- 3) Reduce health inequalities in the European Region;
- 4) Enhance the well-being of the European Region population;
- 5) Ensure universal health coverage and the right to the highest attainable level of health;
- 6) Set national goals and targets related to health in Member States.

**What makes societies prosper and flourish can also make people healthy**, and policies that recognize this have more impact.

Building awareness and capacity to make health objectives part of society's overall socioeconomic and human development is an essential task. All policy fields, including health, need to reform their ways of working and use new forms and approaches to policy. This applied to the global, national and local levels.

#### How can mental well-being make a difference in health?

- A good mental health contributes to enhance the quality of life and the well-being of individuals
- Mental health has a close influence on other health issues such as healthy ageing and other noncommunicable diseases

- Co-morbidities and physical ill health are more difficult to tackle in individuals with poor mental health, mainly due to stigma and lack of awareness

### **How can mental health make a difference in society?**

- Promotion of mental health increases the productivity of individuals and communities
- Good mental health can strengthen societies and contribute to their resilience
- Mental health problems such as depression, anxiety and schizophrenia are a main cause of disability and early retirement, and therefore a major burden to society

### **Reducing health inequalities?**

To reduce health inequalities, addressing the following is a good start:

#### **Life-course stage**

- Social protection for women, mothers-to-be and young families
- A universal, high-quality and affordable early-years education and care system
- Eradicating unsafe work and ensure access to employment and high-quality work
- Coherent and effective intersectoral action to tackle inequalities at older ages

#### **Wider society**

- Improved social protection, according to need
- Co-creation and partnership with the people targeted, civil society and civic partners
- Action to reduce exclusion
- Gender equity approach

#### **Broader context**

- Tax breaks and transfer payments to promote equity
- Long-term planning through links with other policies

#### **Systems**

- Greater coherence across sectors
- Comprehensive responses
- Regular reporting and public scrutiny

- Main body



## **Synergy between sectors: reducing the burden of Mental Health**

### **Summary**

Mental health conditions represent alone a quarter of the burden of disease, and constitute a complex health problem to approach due to many factors such as stigma, access to healthcare and treatment provided. In addition, people with mental health conditions are more likely to have other noncommunicable diseases and have a poorer access to prevention and treatment. Multisectoral partnerships are essential for improving mental healthcare. However, though commitment and concern are easier to find, coordinating action between the different sectors remains a challenge. Stronger collaboration between primary care services and other health services and improved training of healthcare professionals are essential to tackle the burden of mental health conditions. Improving the health literacy could reduce the stigma and improve control of the disease.

### **Strengthening the link between Mental Health and Health 2020**

Mental health is a state of well-being in which an individual can realize his or her own potential, cope with the normal stress of life, work productively and make a contribution to the community. Mental health disorders comprise a broad range of problems with different symptoms. Examples are depression, anxiety, conduct disorders in children, bipolar disorders and schizophrenia. Many of these disorders can be successfully treated.

Mental disorders are one of the greatest and most complex public health challenges in the European region. They account for almost 20% of the burden of disease, with an estimated 83 million people being affected. Therefore, in line with health 2020, a whole-of-government and a whole-of-society approach are essential for reducing the burden of mental health disease in the European Region. People from poorer backgrounds are more at risk of mental conditions; therefore it is essential that inequities and social determinants are fully targeted. Those, along with stigma, can also influence access to mental health services and health services in general. In fact, only about half of the people suffering from mental disorders receive professional help. Healthcare systems need to provide good healthcare for all citizens regardless of their mental status, and staff needs to be adequately trained in order to provide a good standard of care in which all citizens are fully respected.

Health services need to be reformed in order to move from institutionalization to community based services, with smaller facilities and in collaboration with primary healthcare systems. Sustainable economic and social development and collaboration between sectors, as well as social cohesion, are necessary to tackle NCDs and mental health disease.

### **Synergy between sectors: the link between tackling mental health problems and good health**

Mental health disorders are more prevalent among the most deprived people. Factors such as poverty unemployment, poor working conditions, substandard housing and poor education reduce well-being, as well as significantly increasing the risk of mental disorders. Poor mental health is not only independently associated with risk factors such as unhealthy diets, smoking, harmful use of alcohol, substance misuse and violence, but also leads to worse outcomes in other areas of life. People with severe mental problems have an average life expectancy that is 20 to 30 years lower than the general population, and their

poor physical health accounts for 60% of this excess mortality. Depression is largely underdiagnosed and undertreated among people with cardiovascular and cancer, which in turn affects the ability of patients to adhere to treatment and to manage their disease. NCDs are also a risk factor for mental health conditions: this stresses the fact that the link between mental health diseases and other NCDs is bidirectional. Mental health and other NCDs share the same risk factors, therefore action upon one benefits the other.

Furthermore, mental health problems such as depression, schizophrenia and anxiety are the main cause of both disability and early retirement in many countries, which causes a considerable economic burden. This is particularly important in times of economic challenges and increasing unemployment and ageing. Stigma is a problem in accessing mental health services, and affects people's adherence to treatment, while delaying diagnosis in some cases.

According to Health 2020, the most effective policies are those which actively involve several sectors of society such as education, labor, employment and social welfare systems and agencies, as well as communities. Multisectoral partnerships are essential for improving mental healthcare. However, though commitment and concern are easier to find, coordinating action between the different sectors remains a challenge.

### **Synergy between sectors: collaborating to reduce the burden of NCDs**

#### How can sectors work together?

Key areas to explore include:

- how to develop policies that can increase mental well-being and reduce exposure to risk factors, especially in times of economic crisis
- how to ensure that mental health services are accessible and affordable, available to the community according to their needs
- how to focus on delivering safe, effective and acceptable treatments by a well-trained and competent workforce
- how to create sustainable and accountable partnerships with other sectors

All sectors of society have a responsibility for mental health, and every governmental and independent agency has a role and needs to contribute to it.

#### Collaborating to improve mental health

The challenge	The response needed
The mental well-being of the population depends on several other socioeconomic determinants of health and in times of economic crisis might be even more compromised.	A multistakeholder strategy needs to be developed in order to tackle these determinants, as they will bring considerable benefits for the overall.
Access to quality care on a timely manner might not be available.	Mental health services should be accessible and affordable, as well as available fairly. Everyone should have an equal opportunity to experience mental well-being throughout their lifespan, particularly those who are most vulnerable or at risk.
Rights of the patients and their	Good policies and adequate training of

families may not always be respected.	staff are essential to ensure that people receive effective and respectful treatment, tailored for each patient.
Empowerment of patients, their families and civil society might not be a priority.	People with mental health problems are full citizens whose human rights are respected and promoted. Health literacy is related to better control of the disease and with a decrease in stigmatization.

### **Using Health 2020 as a platform for joint work: a political mandate and evidence base**

The Health 2020 policy framework has a political mandate. All European Member States have adopted it, and it can be adapted to the different settings and realities that make up the European Region. It describes how health and well-being can be advanced, sustained and measured through action that creates social cohesion, security, a good work-life balance, good health and good education. It calls on the health sector to reach out to the many different actors within and outside government and provides inspiration and direction on addressing the complex health challenges of the 21<sup>st</sup> century. The framework confirms values, is based on evidence and identifies strategic directions and essential actions. It builds on the experiences gained through the previous Health for All Policies and guides the actions of both Member States and the WHO Regional Office for Europe.

The framework addresses Europe's great social and health challenges, including inequalities, noncommunicable diseases and infectious disease threats. Health 2020 has been informed by an unprecedented research and review process and distills the world public health knowledge.

Mental health is a complex Public health issue, therefore a combination of strategies need to be employed. Due to the interdependence regarding mental health risk factors and determinants and those of other diseases, it is essential to coordinate efforts in order to avoid duplication and ensure harmonization. Services at local, regional and national level with adequate governance and leadership are essential to ensure that countries are available to provide good quality of mental health care. Improving leadership and participatory governance for health is one of the strategic objectives of Health 2020, and also particularly important in this topic. Patients and their families and communities need to be adequately empowered in order to ensure a better management of the disease, as well as to reduce stigma and thus improve access to services.

Unemployment and an unfavorable economic situation are risk factors for mental health conditions and suicide, which in turn reduce productivity and income. This vicious cycle should be tackled with effective policies which will contribute to improve both health and the economic welfare of the countries. People from lower income and with lower education levels are at higher risk of mental conditions, therefore it is crucial to address social determinants of health and promote equity, as featured in Health 2020.

Investing in mental health is not only investing in health overall, but also investing in the general population well-being and the country's welfare.

## Anexo 4. Briefing sobre Envelhecimento Saudável

### Health 2020: Ageing

- Side box notes, one on each page of the briefing

#### Key messages

The goal of Health 2020 is to “significantly improve the health and the well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems are universal, equitable, sustainable and of high quality”.

1. **Health and well-being are public goods and assets for human development** that contribute to strong, dynamic and creative societies.
2. **Health and well-being are the best achieved if the whole of government works together**, and Health 2020 promotes whole-of-government and whole-of-society approaches
3. **Health and well-being can be improved and health inequalities can be reduced** through the right policies and by working with other sectors.
4. **Different countries, cities and communities are at different starting-points**; each is unique and can pursue common goals through different pathways.
5. **Social progress is best measured by objective indicators of health, health equity and well-being**, and this includes the conditions in which people are born, live and work.

#### Health 2020: a framework for action

All Member States in the WHO European region have agreed to monitor progress in reaching six common targets:

- 1) Reduce premature mortality in the European Region by 2020;
- 2) Increase life expectancy in the European Region;
- 3) Reduce health inequalities in the European Region;
- 4) Enhance the well-being of the European Region population;
- 5) Ensure universal health coverage and the right to the highest attainable level of health;
- 6) Set national goals and targets related to health in Member States.

**What makes societies prosper and flourish can also make people healthy**, and policies that recognize this have more impact.

Building awareness and capacity to make health objectives part of society’s overall socioeconomic and human development is an essential task. All policy fields, including health, need to reform their ways of working and use new forms and approaches to policy. This applied to the global, national and local levels.

#### How can healthy ageing make a difference?

- Create conditions so that people remain active for longer, autonomous and more participative in society

- Prevent communicable diseases through vaccination
- Promote physical activity and stimulating a healthy nutrition and diet
- Develop strategies to prevent falls and injuries
- Improve services for people with multiple chronic conditions
- Provide better access to long-term care services

### **Reducing health inequalities?**

To reduce health inequalities, addressing the following is a good start:

#### **Life-course stage**

- Social protection for women, mothers-to-be and young families
- A universal, high-quality and affordable early-years education and care system
- Eradicating unsafe work and ensure access to employment and high-quality work
- Coherent and effective intersectoral action to tackle inequalities at older ages

#### **Wider society**

- Improved social protection, according to need
- Co-creation and partnership with the people targeted, civil society and civic partners
- Action to reduce exclusion
- Gender equity approach

#### **Broader context**

- Tax breaks and transfer payments to promote equity
- Log-term planning through links with other policies

#### **Systems**

- Greater coherence across sectors
- Comprehensive responses
- Regular reporting and public scrutiny

- Main body

### **Synergy between sectors: fostering better ageing and health outcomes**

#### **Summary**

The WHO European Region population has the highest median age in the world, and is ageing rapidly, with women living longer than men. This reality creates several challenges for health systems, as people live longer and increasingly demand healthcare. Furthermore, inequities between socioeconomic groups and gender exist regarding access to healthcare services across countries.

A life course approach should be taken in order to foster the adoption of healthy behaviors since the early stages of life. This would contribute to the reduction of the burden of disease, namely noncommunicable diseases, and contribute to a greater quality of life. The creation of age-friendly environments with the collaboration of several stakeholders is an essential investment for healthy ageing. Healthy citizens remain active and participate in society for longer and have less demand for healthcare. The improvement of health literacy of citizens and the appropriate training of healthcare professionals are also key elements to foster better ageing. Investing in healthy ageing has become the key for the sustainability of health and social policies in Europe.

### **Strengthening the link between healthy ageing and Health 2020**

Healthy ageing has been defined by WHO as “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social and mental well-being throughout the life course and participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing adequate protection, security and care when they require assistance.” Ageing is a lifetime process starting from birth, and both early and life course interventions are needed.

The median age of the population of the WHO European Region is the highest in the world. The population is ageing rapidly, with women generally living longer than men. There are also large differences in older age groups in levels of employment, social participation and voluntary work. A declining labor force and unfavorable economic prospects in many countries in Europe have made the implementation of policies for healthy ageing a matter of urgency.

### **Synergy between sectors: the link between healthy ageing and better health**

Healthy ageing has several dimensions. It responds to the increasing needs and expectations of ageing populations for better health and social services, including support for self-help. It recognizes that all the citizens have the right to enjoy the highest standard of physical and mental health, irrespective of age. It also takes into account the evidence about the shortcomings in quality and access to services, including prevention at all levels. Apart from noncommunicable diseases and maternal and child health, healthy ageing is a major contributor to closing the gap in health between socioeconomic groups and across gender. Social protection policies are essential to prevent poverty among elderly people, as healthy citizens remain active, autonomous and productive for longer.

Creating ageing friendly environments is an essential step to achieving healthy ageing. Regular physical activity can have a positive impact on mental, physical and social well-being, as well as to prevent illness and to reduce disability. In the case of older people, regular physical activity can prevent falls and injuries, which are a major cause of further disability and long term use of healthcare resources. Improvements of both mental health and cognitive function are also achieved, as well as social interaction and participation.

Preventing and treating noncommunicable diseases from the early stages is essential, as they account for the bulk of loss of healthy life years for people aged

over 60 years old. Noncommunicable diseases can be prevented through healthy diets and physical exercise, which alone contribute to a healthier life.

Empowering citizens by improving their health literacy, as well as improving the training of healthcare staff are two key elements to achieve healthy ageing.

### **Synergy between sectors: learning and collaborating to support healthy ageing, the elderly and their communities**

#### How can sectors work together?

Key areas to explore include:

- How can health systems and communities respond to a growing ageing population in times of financial crisis
- How to prevent morbidity through the adoption of healthy lifestyles through the life course
- How to integrate older people in society and promote environments in which they can be active and participative
- How to improve health literacy of older people and health professionals responsible for their care

#### Collaborating to improve ageing people well-being

The challenge	The response needed
Healthcare systems may not be ready to respond to the needs of an ageing population.	Making healthcare systems age-friendly with capacity building in geriatrics among the health and social care workforce is essential. Systems need to be prepared to treat people with multiple morbidities, and health systems should not continue to rely on informal care for the elderly provided at home by family and friends. Strategies to ensure quality of care for those requiring palliative care are also desirable.
Communities and cities might not provide supportive environments for ageing people.	Comprehensive policy interventions targeting issues such as urban planning, transportation, health financing, social welfare and health are needed to ensure that a coordinated multisectoral approach is taken to tackle ageing. Supportive environments facilitate physical activity, social engagement and active participation in society, while preventing social isolation and exclusion.
Countries facing economic constraints might find additional difficulties for investing in ageing populations.	Investing in ageing populations should be designed in order to ensure a life-course approach. If healthy habits are adopted from an early age, noncommunicable diseases and other comorbidities can be prevented and less needs to be spent on providing treatment.
The burden of noncommunicable diseases is increasing all over Europe, and account for a considerable burden on people over 60.	A life course approach needs to be considered regarding the prevention of non-communicable diseases. Prevention is the



	most cost-effective measure, and early detection also helps reducing the burden of disease.
--	---

Investing in healthy ageing has become the key for the sustainability of health and social policies in Europe.

### **Using Health 2020 as a platform for joint work: a political mandate and evidence base**

The Health 2020 policy framework has a political mandate. All European Member States have adopted it, and it can be adapted to the different settings and realities that make up the European Region. It describes how health and well-being can be advanced, sustained and measured through action that creates social cohesion, security, a good work-life balance, good health and good education. It calls on the health sector to reach out to the many different actors within and outside government and provides inspiration and direction on addressing the complex health challenges of the 21<sup>st</sup> century. The framework confirms values, is based on evidence and identifies strategic directions and essential actions. It builds on the experiences gained through the previous Health for All Policies and guides de actions of both Member States and the WHO Regional Office for Europe.

The framework addresses Europe's great social and health challenges, including inequalities, noncommunicable diseases and infectious disease threats. Health 2020 has been informed by an unprecedented research and review process and distils the world public health knowledge.

The implementation of policies for healthy ageing is essential to achieving two linked strategic objectives of Health 2020, as those policies are a prime example of need for cross-sectoral action at various levels of government, including improving health for all and reducing health inequalities and improving leadership and participatory governance for health. Empowerment at both the personal and the community levels, though the involvement in voluntary initiatives and informal care is considered to be at the core of healthy ageing strategies. As inequities accumulate over the life-course, therefore a focus on equity is necessary with special attention to vulnerable and disadvantaged people. A gender perspective needs to be taken into account to ensure equity: evidence shows that women spend an average a larger part of life with functional limitations, and are more affected by poverty and by loneliness.

Social determinants of healthy ageing should be tackled as a part of the whole-of-society and whole-of-government approaches advocated by the Health 2020 strategy. Responsibilities and appropriate leadership should be clearly allocated to a diversity of stakeholders which include the private sector and civil society. As financial sustainability is increasingly important for European countries, health systems should invest on prevention and on evidence-based good quality care.

Governments that invest in prevention of noncommunicable diseases, health literacy and on a healthy life-course approach are investing on healthy ageing.

## Anexo 5. Briefing sobre Obesidade e Doenças Não Transmissíveis

### Health 2020: Obesity and other non-communicable diseases

- Side notes

#### Key messages

The goal of Health 2020 is to “significantly improve the health and the well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems are universal, equitable, sustainable and of high quality”.

6. **Health and well-being are public goods and assets for human development** that contribute to strong, dynamic and creative societies.
7. **Health and well-being are the best achieved if the whole of government works together**, and Health 2020 promotes whole-of-government and whole-of-society approaches
8. **Health and well-being can be improved and health inequalities can be reduced** through the right policies and by working with other sectors.
9. **Different countries, cities and communities are at different starting-points**; each is unique and can pursue common goals through different pathways.
10. **Social progress is best measured by objective indicators of health, health equity and well-being**, and this includes the conditions in which people are born, live and work.

#### Health 2020: a framework for action

All Member States in the WHO European region have agreed to monitor progress in reaching six common targets:

- 7) Reduce premature mortality in the European Region by 2020;
- 8) Increase life expectancy in the European Region;
- 9) Reduce health inequalities in the European Region;
- 10) Enhance the well-being of the European Region population;
- 11) Ensure universal health coverage and the right to the highest attainable level of health;
- 12) Set national goals and targets related to health in Member States.

**What makes societies prosper and flourish can also make people healthy**, and policies that recognize this have more impact.

Building awareness and capacity to make health objectives part of society's overall socioeconomic and human development is an essential task. All policy fields, including health, need to reform their ways of working and use new forms and approaches to policy. This applied to the global, national and local levels.

#### How can NCD prevention make a difference in health?

- Restrict marketing of food and beverages to children
- Provide customers with easy-to-understand front of pack labelling

- Reformulate food products to improve nutritional composition (for example reducing salt content)
- Promote, protect and support exclusive breastfeeding
- Use the school setting as an entry point, including through healthy school meals and school fruit schemes
- Ensure that nutrition and healthy eating are priorities in health and social care systems

**Policies to be considered are those that:**

- Influence the quality, production and marketing of foods
- Improve the availability, affordability and acceptability of healthy diets for all, including the most vulnerable
- Raise public awareness, nutrition skills and knowledge
- Reinforce the role of health professionals in providing nutrition counselling

**Reducing health inequalities?**

To reduce health inequalities, addressing the following is a good start:

**Life-course stage**

- Social protection for women, mothers-to-be and young families
- A universal, high-quality and affordable early-years education and care system
- Eradicating unsafe work and ensure access to employment and high-quality work
- Coherent and effective intersectoral action to tackle inequalities at older ages

**Wider society**

- Improved social protection, according to need
- Co-creation and partnership with the people targeted, civil society and civic partners
- Action to reduce exclusion
- Gender equity approach

**Broader context**

- Tax breaks and transfer payments to promote equity
- Long-term planning through links with other policies

**Systems**

- Greater coherence across sectors
- Comprehensive responses
- Regular reporting and public scrutiny

- Main body

## **Synergy between sectors: reducing the burden of NCDs and health outcomes**

### **Summary**

The burden of noncommunicable diseases (NCDs) has been increasing overtime, and NCDs are currently the main cause of death. Common risk factors include high blood pressure, tobacco and alcohol use, unhealthy diets and physical inactivity. The adoption of healthy lifestyles is essential from the early stages of life, and follow through the life course. A multisectoral approach is essential to create supportive environments and resilient communities in order to facilitate this process. Investing in health literacy is also a key element to empower citizens and contribute to reduce the burden of noncommunicable diseases. Inequalities exist in the access to prevention and treatment services; and they should be identified and tackled. Though most of the European countries have addressed NCDs in their national health programs, there are still plenty of opportunities for improvement.

### **Strengthening the link between NCD prevention and Health 2020**

Through the adoption of Health 2020 policy framework, member states have committed to four main priorities, one of which is precisely to reduce the burden of noncommunicable diseases (NCDs), which has been increasing. Altogether, NCDs are the leading global cause of death, and account for an estimated 86% of deaths and 77% of the disease burden in the region. One in every 3 11-year-old children in the European region is overweight or obese, and these numbers are likely to increase. More than half of adults in the European Region are overweight or obese. Among the major NCDs, we can find obesity, cancer, diabetes, cardiovascular diseases, mental health and chronic respiratory diseases. Noncommunicable diseases are linked by common risk factors such as high blood pressure, tobacco use, harmful use of alcohol, high blood cholesterol, overweight, unhealthy diets and physical inactivity. Those provide an opportunity for early intervention and multisectoral approaches.

The other three priorities of Health 2020 closely relate to non-communicable diseases. First of all, tackling non-communicable diseases is needed through the life course. A large number of the abovementioned noncommunicable disease determinants are linked to lifestyles, such as inappropriate dietary patterns and physical activity.

Citizens also need to be empowered, as it is proven that people with lower education and civil society participation are more likely to be at risk of noncommunicable diseases and to adopt less healthy lifestyles. An early investment on health literacy would bring considerable benefits reflected through the life course.

Supportive environments and resilient communities are needed to encourage healthy lifestyles. Improving access to healthy food and to exercise locations, as well as banning unhealthy food from schools are examples of interventions which can contribute to reducing the risk factors and thus the burden of noncommunicable diseases.

### **Synergy between sectors: preventing obesity and other non-communicable diseases to ensure better health outcomes**

Sustainable economic and social development and collaboration between sectors, as well as social cohesion, are profoundly connected to NCDs. Prevention

of NCDs is so far the best cost-effective measure, and leads to individual and societal benefits.

Environment determinants have an important role in NCD prevention: for example, evidence shows that 1/5 of coronary heart disease cases are due to the fact that people live in proximity of polluted roads. Furthermore, it is proven that the settings in which people live, study and work influence their habits and can provide a valuable opportunity to promote health. Simple measures such as reducing access to unhealthy food in schools and workplace and providing healthier options, coupled with incentives for physical activity. Policies and interventions involving urban, transport and employment sectors are an essential step for multisectoral prevention and intervention in NCDs. It is recommended that member states participate in regional networks to share experience and identify and share evidence on the effectiveness of transport and urban planning interventions in reducing the risk of NCDs.

More action needs to be taken to promote physical activity to young people and among disadvantaged groups. It is demonstrated that health promotion in schools is a powerful tool for preventing NCDs in the lifecourse. Child obesity is a particularly challenging issue in the region, with 1 in every 3 children aged 6-9 years of age being overweight or obese. Higher prevalence of overweight is associated with lower socioeconomic status in some countries, which can be due to an environment which promotes obesity with limited access to healthy foods and fewer opportunities to engage in physical activity.

### **Synergy between sectors: collaborating to reduce the burden of NCDs**

#### How can sectors work together?

Key areas to explore include:

- how to strengthen information systems in order to ensure effective monitoring of NCD risk factors, determinant and outcomes, guided by Health 202 indicators
- how to build people-centred health systems adapted to NCDs and other chronic conditions
- how to provide both individual and population tailored interventions, taking into account the amount of resources available
- how to fully implement the WHO Framework on Tobacco Control

For an effective prevention and treatment of NCDs, strengthening health systems' capacity, ensuring universal health coverage and also relying on evidence-based methods are all necessary.

#### Collaborating to improve obesity and non-communicable diseases prevention and control

The challenge	The response needed
Environments are frequently not encouraging of healthy lifestyles and do not foster healthy behavior.	Planning for health promotion activities in settings such as schools and workplaces, as well as within the whole urban setting will create the necessary conditions to encourage healthy behaviors.
Citizens often lack the necessary health literacy and access and availability of infrastructures for NCD prevention and treatment	Empowerment of citizen and communities is essential, and partnerships should be developed with nongovernmental organizations,

	community-based organizations and civil society.
Availability of data and surveillance systems to monitor and implement effective measures is still lagging behind	Monitoring of salt intake and measurement of blood lipids needs to be improved. There is little exploitation of the potential impact of taxation in unhealthy foods, such as those high in fat, salt and sugar. More evidence needs to be produced regarding the impact of taxation in consumption, as well as offering price subsidies for healthy foods or tax incentives to promote physical activity.
	There is little exploitation of the potential impact of taxation in unhealthy foods, such as those high in fat, salt and sugar. More evidence is needed regarding the impact of taxation in consumption, as well as on offering price subsidies for healthy foods or tax incentives to promote physical activity.
Late detection of NCDs reduces the options for treatment and implies more costs to the health systems	Talking socioeconomic determinants of health is essential to identify populations at higher risk, and also to design strategies to improve access of those populations to healthcare.

An enabling environment for healthy diets should be created, by improving food availability, nutritional quality and affordability.

#### **Using Health 2020 as a platform for joint work: a political mandate and evidence base**

The Health 2020 policy framework has a political mandate. All European Member States have adopted it, and it can be adapted to the different settings and realities that make up the European Region. It describes how health and well-being can be advanced, sustained and measured through action that creates social cohesion, security, a good work-life balance, good health and good education. It calls on the health sector to reach out to the many different actors within and outside government and provides inspiration and direction on addressing the complex health challenges of the 21st century. The framework confirms values, is based on evidence and identifies strategic directions and essential actions. It builds on the experiences gained through the previous Health for All Policies and guides de actions of both Member States and the WHO Regional Office for Europe.

The framework addresses Europe's great social and health challenges, including inequalities, noncommunicable diseases and infectious disease threats. Health 2020 has been informed by an unprecedented research and review process and distils the world public health knowledge.

Tackling non-communicable diseases requires an investment in preventing and controlling NCDs, as well as high level political commitment in considering them in national policy and development frameworks. This is due to the fact that NCD policies are closely linked to those who address issues such as poverty reduction, social policy, economic performance and other health topics. Therefore, investing in policies which target NCDs is also investing in other health determinants, and ultimately reduces health inequities.

NCDs need to be incorporated in the countries' development agenda, as less than half of the European countries currently do so, and also in their national health plans. A multisectoral and multistakeholder approach to coordinate NCD policies is necessary, but is still lagging behind in many countries. Across the European Region 90% of the countries have NCDs addressed by other than health ministries, but there is still an opportunity for improvement.

According to the recommendations in the NCD Action Plan, a large number of countries have developed evidence-based guidelines for the integrated management of major NCDs, but an effort to increase their implementation should be made, particularly with guidelines about cardiovascular diseases and cancer.

## Anexo 6. Briefing sobre o Parlamento Europeu

### Health 2020: European Parliament

- Side box notes, one on each page of the briefing

#### Key messages

The goal of Health 2020 is to “significantly improve the health and the well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems are universal, equitable, sustainable and of high quality”.

11. **Health and well-being are public goods and assets for human development** that contribute to strong, dynamic and creative societies.
12. **Health and well-being are the best achieved if the whole of government works together**, and Health 2020 promotes whole-of-government and whole-of-society approaches
13. **Health and well-being can be improved and health inequalities can be reduced** through the right policies and by working with other sectors.
14. **Different countries, cities and communities are at different starting-points**; each is unique and can pursue common goals through different pathways.
15. **Social progress is best measured by objective indicators of health, health equity and well-being**, and this includes the conditions in which people are born, live and work.

#### Health 2020: a framework for action

All Member States in the WHO European region have agreed to monitor progress in reaching six common targets:

- 13) Reduce premature mortality in the European Region by 2020;
- 14) Increase life expectancy in the European Region;
- 15) Reduce health inequalities in the European Region;
- 16) Enhance the well-being of the European Region population;
- 17) Ensure universal health coverage and the right to the highest attainable level of health;
- 18) Set national goals and targets related to health in Member States.

**What makes societies prosper and flourish can also make people healthy**, and policies that recognize this have more impact.

Building awareness and capacity to make health objectives part of society's overall socioeconomic and human development is an essential task. All policy fields, including health, need to reform their ways of working and use new forms and approaches to policy. This applied to the global, national and local levels.

#### What are the priorities in Health 2020?



- Investing in health through a life-course approach and empower citizens
- Tackle Europe's major disease burdens of noncommunicable diseases
- Strengthen people-centred health systems and public health capacity, including preparedness and response capacity for dealing with emergencies
- Create supportive environments and resilient communities

### **Why is Health 2020 needed?**

**Europe is changing**, and new ways of thinking and acting are needed to promote and protect health.

**Changing health contexts:** all countries face major social, economic, environmental and demographic shifts.

**Widening health gaps:** significant inequalities in health remain and in many places are increasing.

**Challenging economic times:** in many countries, resources for health are stretched, and comprehensive strategy is needed to protect health.

**Values.** Health 2020 is based on the values enshrined in the WHO Constitution, i.e. that the highest attainable standard of health is a human right. It acknowledges the interconnectedness of local, national, regional, and global health actors, actions and challenges.

**Health development.** Health is a resource that enables every person to realize his or her potential and to contribute to the overall development of society.

**Problem-solving.** The policy framework shows how policy-makers can more efficiently and effectively address today's challenges, by resetting priorities catalyzing action in other sectors, and adopting new approaches to organizing the health sector.

**Engagement.** Health is the responsibility of the whole society and all parts of government. The policy framework provides a vision, a strategic path, a set of priorities and a range of suggestion of what works in engaging stakeholders.

**Equity focus.** The policy framework suggests new ways to identify important health gaps and to focus individual and collective efforts on reducing them.

### **Reducing health inequalities?**

To reduce health inequalities, addressing the following is a good start:

#### **Life-course stage**

- Social protection for women, mothers-to-be and young families
- A universal, high-quality and affordable early-years education and care system
- Eradicating unsafe work and ensure access to employment and high-quality work
- Coherent and effective intersectoral action to tackle inequalities at older ages

#### **Wider society**

- Improved social protection, according to need
- Co-creation and partnership with the people targeted, civil society and civic partners

- Action to reduce exclusion
- Gender equity approach

### **Broader context**

- Tax breaks and transfer payments to promote equity
- Long-term planning through links with other policies

### **Systems**

- Greater coherence across sectors
- Comprehensive responses
- Regular reporting and public scrutiny

- Main body

### **Summary**

The European Parliament has a key role in improving population health in Europe. Investing in health generates economic growth and has a positive impact in other areas of society. Health should be considered in all policies, from transport to environment, as a number of risk factors for disease can be tackled with this approach. Policies should facilitate the adoption of healthy lifestyles throughout the lifespan, which will contribute to better health and disease prevention. Using independent and high quality evidence to inform health policy making should be a priority. With the current economic crisis, it is important to address vulnerable groups and ensure that policies tackle and reduce inequalities in health. Health 2020 advocates for collaboration between the different stakeholders and sectors in order to facilitate the achievement of these goals.

### **The role of the European Parliament in improving population health**

As a decision making body, the European Parliament has a key role in improving population health in Europe. This is particularly important in the current times of economic crisis, which lead to an increase on inequalities at all levels. It is known that disadvantaged populations have less access to healthcare and are less likely to adopt healthy lifestyles, which in turn result in a higher economic burden. Therefore, reducing inequalities is a key aspect to improve health, and all policies should aim to reduce it.

There are several factors which contribute to disease, and a large number can be tackled. Non communicable diseases such as heart disease, cancer, and diabetes are responsible for more of 86% of all deaths in Europe. These diseases are largely preventable, if effective policies target their risk factors, which include obesity, physical inactivity, and alcohol and tobacco use. For example, evidence shows that taxation of tobacco products reduces consumption, especially in young people, which has been addressed already by European legislation. However, access to alcoholic beverages and unhealthy food is still a major

problem, especially for younger populations. Taxation and banning advertisements are two key measures which could contribute to decreased consumption. Early intervention is important, as it improves quality of life throughout the life course and contributes to economic growth. Healthier populations are more active, more participative in society and more productive.

Not all the risk factors are therefore in control of the individual. Air pollution, for example, is shown to have caused 430,000 premature deaths in the European Union in 2011. Evidence shows that it contributes not only to respiratory disease but also to cancer, heart disease and other conditions. People are often not able to choose where they live and work, which even creates more inequalities.

A strong political mandate is needed to protect the health and wealth of European Citizens.

### **The importance of investing in health**

Investment in health systems and public health generates economic growth. Prevention of chronic diseases such as cancer or diabetes costs a fraction of managing and treating the disease. Every year, an approximate 700 billion euros is spent on managing chronic diseases, which accounts for 70-80% of a country's health expenditure. Evidence shows that effective prevention could avoid around 80% of the cases of heart disease, stroke and type 2 diabetes. Besides, by reducing the disease burden, citizens are more productive at work and remain active in society for a longer time.

The increase in the life expectancy in the European Union has led to an increasing ageing population. This represents a challenge for health systems, as this group is the largest consumer of healthcare services. However, the more investment there is in health at earlier stages of life, the less healthcare spending will be done in the future. This is particularly important in times of financial crisis, when health systems face a considerable challenge in managing healthcare budgets.

Investing in health goes beyond investing in health systems and healthcare. Through better policies and regulation, most of the factors which contribute to disease can be tackled. Health should be considered in all policies, and efforts should be made to maximize the impact of each of them.

Health priorities should include:

- Adopting policies which are evidence based
- Ensuring that health is considered in all policies, and that decisions are not conflicting with one another
- Tackling the determinants of non-communicable diseases (cancer, heart disease, diabetes and chronic respiratory diseases)
- Reducing antimicrobial resistance
- Creating enabling environments for the adoption of healthy behaviors

Priority areas in which health should be considered and protected are:

- Transatlantic Trade and Investment Partnership negotiations
- Environment Policy

Health 2020 shows that the most effective policies are those involving several sectors of society and

**Synergy between sectors: collaborating in the Health 2020 Framework**  
How can sectors work together?

Key areas to explore include:

- How to select the best available evidence to inform policy making
- How to collaborate with other stakeholders from the health sector in order to deliver the best interest for health
- How to ensure that minorities and disadvantaged groups are considered

Challenges in Health 2020

The challenge	The response needed
In challenging economic times, it is important to reduce the economic burden of health.	Costs can be reduced without compromising what is offered to citizens. Prevention is cost-effective in the long run, and improves overall quality of life. Therefore, emphasis should be placed on creating better regulations which enable citizens to make the best choices for health. For example, evidence shows that stronger regulations on advertising alcoholic beverages and unhealthy food, as well as taxation, are effective measures to reduce consumption. This is particularly important in disadvantaged groups.
Considering Health in all policies	Health should be considered in all policies. Policies in the areas of transport and environment, for example, are likely to affect health of populations. Air quality is known a health determinant and air pollution is responsible for more than 430,000 deaths in the European Union every year.
Collaborating with other stakeholders	Collaboration is a key objective of Health 2020. A multistakeholder approach is needed to reduce health inequalities and to ensure that the voice of disadvantaged groups and minorities is heard. Caution should be taken when approaching private groups with business interests, as they might not be in line with health.
Selecting evidence to inform policy	Using good quality evidence is crucial

making	for policy making. Evidence is more likely to be of quality if it is financed and published by independent entities. When analyzing evidence, evaluate the sources of funding carefully and check if they had a role in the design and implementation of the studies. If you have any concerns about the evidence that is presented, or if you are presented with conflicting evidence, consulting with reputed organizations is an option.
--------	---

These are interdependent and mutually supportive areas of action, which will require a combination of governance approaches to make health and well-being possible for everyone.

### **Using Health 2020 as a platform for joint work: a political mandate and evidence base**

The Health 2020 policy framework has a political mandate. All European Member States have adopted it, and it can be adapted to the different settings and realities that make up the European Region. It describes how health and well-being can be advanced, sustained and measured through action that creates social cohesion, security, a good work-life balance, good health and good education. It calls on the health sector to reach out to the many different actors within and outside government and provides inspiration and direction on addressing the complex health challenges of the 21<sup>st</sup> century. The framework confirms values, is based on evidence and identifies strategic directions and essential actions. It builds on the experiences gained through the previous Health for All Policies and guides de actions of both Member States and the WHO Regional Office for Europe.

The framework addresses Europe's great social and health challenges, including inequalities, noncommunicable diseases and infectious disease threats. Health 2020 has been informed by an unprecedented research and review process and distils the world public health knowledge.

Investing in health in the early stages of life is a key element to a healthy life and healthy ageing. Most diseases can be prevented, and this investment generates additional economic growth. Though this might not be evident short-term, the increasingly ageing societies benefit from a lifetime investment on health. Furthermore, healthy people remain active for longer and are more able to contribute to society.

Nowadays there is sufficient and reliable scientific evidence to tackle most of the health issues and to develop policies in the bets interest for health. A multistakeholder approach should be used in the definition of policies, as well as close collaboration with civil society. Quality evidence should be used to inform policy making, and health should be considered in all policies, from environment to education.

## Anexo 7. Briefing sobre a Sociedade Civil

### Health 2020: Civil Society

- Side box notes, one on each page of the briefing

### Key messages

The goal of Health 2020 is to “significantly improve the health and the well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems are universal, equitable, sustainable and of high quality”.

16. **Health and well-being are public goods and assets for human development** that contribute to strong, dynamic and creative societies.
17. **Health and well-being are the best achieved if the whole of government works together**, and Health 2020 promotes whole-of-government and whole-of-society approaches
18. **Health and well-being can be improved and health inequalities can be reduced** through the right policies and by working with other sectors.
19. **Different countries, cities and communities are at different starting-points**; each is unique and can pursue common goals through different pathways.
20. **Social progress is best measured by objective indicators of health, health equity and well-being**, and this includes the conditions in which people are born, live and work.

### Health 2020: a framework for action

All Member States in the WHO European region have agreed to monitor progress in reaching six common targets:

- 19) Reduce premature mortality in the European Region by 2020;
- 20) Increase life expectancy in the European Region;
- 21) Reduce health inequalities in the European Region;
- 22) Enhance the well-being of the European Region population;
- 23) Ensure universal health coverage and the right to the highest attainable level of health;
- 24) Set national goals and targets related to health in Member States.

**What makes societies prosper and flourish can also make people healthy**, and policies that recognize this have more impact.

Building awareness and capacity to make health objectives part of society's overall socioeconomic and human development is an essential task. All policy fields, including health, need to reform their ways of working and use new forms and approaches to policy. This applied to the global, national and local levels.

### What are the priorities in Health 2020?

- Investing in health through a life-course approach and empower citizens

- Tackle Europe's major disease burdens of noncommunicable diseases
- Strengthen people-centred health systems and public health capacity, including preparedness and response capacity for dealing with emergencies
- Create supportive environments and resilient communities

### **What are the benefits of Civil Society Organizations in Health?**

- In depth knowledge of particular health issues, such as conditions
- Representation of the needs of disadvantaged groups whose voice is difficult to be heard (migrants, for example)
- Representation of patient's needs
- Transparency and independency from private interests

### **Reducing health inequalities?**

To reduce health inequalities, addressing the following is a good start:

#### **Life-course stage**

- Social protection for women, mothers-to-be and young families
- A universal, high-quality and affordable early-years education and care system
- Eradicating unsafe work and ensure access to employment and high-quality work
- Coherent and effective intersectoral action to tackle inequalities at older ages

#### **Wider society**

- Improved social protection, according to need
- Co-creation and partnership with the people targeted, civil society and civic partners
- Action to reduce exclusion
- Gender equity approach

#### **Broader context**

- Tax breaks and transfer payments to promote equity
- Log-term planning through links with other policies

#### **Systems**

- Greater coherence across sectors
- Comprehensive responses
- Regular reporting and public scrutiny

- Main body

## Summary

Civil society plays a key role as a mediator between the state and the citizens regarding health. In addition to the contribution with technical, political and financial resources, civil society can represent the interests of vulnerable groups such as patients with chronic diseases and migrants. This is particularly important to reduce inequalities in health, which is a priority in Health 2020. Collaboration between organizations and other sectors of society allows for the maximization of resources and for placing health higher in the political agenda. This is equally valid at regional and local level, for partnerships in the community. Civil society can contribute to creating supportive environments for the adoption of healthy behaviors, and facilitate health promotion in collaboration with other stakeholders.

### **What is Health 2020 and how can civil society contribute?**

Health 2020 is a policy framework which outlines the socioeconomic rationale for improving health and makes a strong, evidence-informed case for integrated investment and action to promote health, prevent disease and address the social determinant of health.

Health 2020 is the product of an extensive two-year consultation process across the WHO European Region and beyond. It was adopted by the 53 Member States of the Region during the sixty-second session of the WHO Regional Committee for Europe in September 2012. It gives policy-makers a vision, a strategic path, a set of priorities and a range of suggestions about what works to improve health, address health inequalities, and ensure the health of future generations. It identifies strategies for action that are adaptable to the many contextual realities of the WHO European Region.

The policy framework is evidence-based and peer-reviewed. Building on the experience gained with previous Health for All Policies, it makes the case for investing in health and creating societies where health is valued, by showing how good health benefits everyone in society, is vital for economic and social development, and supports economic recovery.

Civil society can be defined as an arena between the state and citizens, providing an institutional vehicle for them to collectively relate to the state. The involvement of civil society in health brings additional resources, such as technical, political and financial. Therefore, civil society is a key stakeholder to contribute to the implementation of the Health 2020 strategy. Civil society has a long history of involvement in Public Health, having contributed to health service provision, serving as an interface between services and citizens, playing a role in transforming attitudes towards health, contributing to the promotion of healthy choices, and fostering community participation. Civil society can thus contribute to create supportive environments for health promotion and help building resilient communities.

### **Why is Health 2020 needed?**

**Europe is changing**, and new ways of thinking and acting are needed to promote and protect health.

**Changing health contexts:** all countries face major social, economic, environmental and demographic shifts.



**Widening health gaps:** significant inequalities in health remain and in many places are increasing.

**Challenging economic times:** in many countries, resources for health are stretched, and comprehensive strategy is needed to protect health.

**Values.** Health 2020 is based on the values enshrined in the WHO Constitution, i.e. that the highest attainable standard of health is a human right. It acknowledges the interconnectedness of local, national, regional, and global health actors, actions and challenges.

**Health development.** Health is a resource that enables every person to realize his or her potential and to contribute to the overall development of society.

**Problem-solving.** The policy framework shows how policy-makers can more efficiently and effectively address today's challenges, by resetting priorities catalyzing action in other sectors, and adopting new approaches to organizing the health sector.

**Engagement.** Health is the responsibility of the whole society and all parts of government. The policy framework provides a vision, a strategic path, a set of priorities and a range of suggestion of what works in engaging stakeholders.

**Equity focus.** The policy framework suggests new ways to identify important health gaps and to focus individual and collective efforts on reducing them.

#### **Synergy between sectors: collaborating in the Health 2020 Framework**

##### Why is it important for Civil Society Organizations to work together on health?

- Partnerships between organizations increase the strength of the message and facilitate the inclusion of health higher up in the political agenda
- At local level, Civil Society Organizations can provide communities with health related services such as health promotion and improving access to health services in populations at risk
- Civil Society organizations are a key representative of disadvantaged groups, such as migrant populations and other groups needing special attention such as patients with chronic diseases
- Though not always the case, Civil Society Organizations are more likely to be transparent and independent in their work
- Working together contributes to make better use of resources in times of economic crisis

##### How can civil society work together?

Key areas to explore include:

- Collaboration between European Institutions and other civil society stakeholders
- Protecting health from vested interests
- Considering the Health in All Policies approach
- Selecting the best evidence for advocacy

##### Collaborating in Health 2020

The challenge	The response needed
There is a tendency to treat Civil	Civil Society Organizations need to be

Society Organizations as an undifferentiated group, and to ignore the both the competition and conflict over different values and interests that may occur even within civil society itself.	coordinated in their action in order to send the same message. Effective communication channels should be established among themselves and to the outside world. As much as possible, Civil Society Organizations should remain independent from private funding as much as possible. Strong scientific evidence should be used in policy making.
Imbalances of power exist between state and society, and between market and nonprofit.	It is vital for Civil Society Organizations to join efforts with regards to Public Health issues. Civil Society Organizations have fewer resources than private corporations, but are more capable of representing the interests of communities and groups whose voice is more difficult to be heard in the policy debate.
The impact of globalization has made Europe more vulnerable to cross border risks and to transnational business interests.	Clear coordination and action between governmental organizations and Civil Society Organizations is a key to face cross border risks and to protect societies from transnational business interests.
Civil society organizations and policy makers often do not base their interventions in evidence based approaches.	More quality evidence needs to be produced in Public Health, and this information needs to reach policy makers and be understandable for them. Civil Society Organizations need also to tackle the evidence produced by groups with vested interests. Also, Civil Society Organizations should base their work and interventions on the best quality evidence.

These are interdependent and mutually supportive areas of action, which will require a combination of governance approaches to make health and well-being possible for everyone.

### **Using Health 2020 as a platform for joint work: a political mandate and evidence base**

The Health 2020 policy framework has a political mandate. All European Member States have adopted it, and it can be adapted to the different settings and realities that make up the European Region. It describes how health and well-being can be advanced, sustained and measured through action that creates

social cohesion, security, a good work-life balance, good health and good education. It calls on the health sector to reach out to the many different actors within and outside government and provides inspiration and direction on addressing the complex health challenges of the 21<sup>st</sup> century. The framework confirms values, is based on evidence and identifies strategic directions and essential actions. It builds on the experiences gained through the previous Health for All Policies and guides the actions of both Member States and the WHO Regional Office for Europe.

The framework addresses Europe's great social and health challenges, including inequalities, noncommunicable diseases and infectious disease threats. Health 2020 has been informed by an unprecedented research and review process and distils the world public health knowledge.

Civil Society Organizations are a key element in the multisectoral and multistakeholder approach advocated by Health 2020. Their role ranges from local to European level, and their contribution for advancing health in Europe should be considered by governments. Civil Society Organizations are able to represent and advocate for the interests of those whose voice has a lower probability of being heard at European level. Furthermore, their experience at local level and direct involvement with citizens enables them to provide specific input for policy making. This ensures that inequalities in health are tackled and reduced.

## **Anexo 8. Programa de indução para estagiários na representação da OMS junto da UE**

### **Induction Programme for Interns at the WHO Office at the European Union (pilot project)**

#### **Draft proposal**

#### **Aims**

- Introduction to the procedures and staff of the WHO Office at the European Union (WEU);
- Defining the roles and tasks to be performed for the duration of the internship;
- Provide a short course on European Institutions and European Public Health, focusing on topics relevant for the WHO Office at the European Union;
- Training on the use of the corporate image of the WHO Office at the European Union, including social media.

#### **Duration**

One and a half working day during the first week of your arrival at WEU.

#### **Role of staff members in the induction program**

##### Ine Mortelmans

- Welcome to the office
- Introduction to the procedures, tour of the premises, assignment of desks and equipment and present the WEU staff
- Present the Interns' Guide and going through its contents

##### Dr Roberto Bertollini

- Introduction to the mission and structure of WHO
- Present an overview of the WEU particularities, including its aims and main activities
- Meet the interns individually

##### Supervisor

- Define and clarify the tasks to be performed during the internship
- Guide and provide counsel at the start of their duties and during the assignment

##### Sofia Ribeiro

- Deliver a short course on European Institutions, European Public Health, and present WEU and WHO stakeholders in Brussels
- Overview of the Journal Club initiative

Patricia Lamas Sanchez

- Present an overview of the WEU corporate image
- Deliver training on the use of social media at WEU

***Programme outline:***

<b>Activity</b>	<b>Duration</b>
Meeting with Ine Mortelmans	1h 30mins
Individual meeting with Dr Roberto Bertollini*	30mins
Meeting with the respective supervisor*	1h
Introduction to the mission and structure of WHO (Roberto Bertollini)	1h
Corporate image of WHO and social media training (Patricia Lamas Sanchez)	1h 30mins
Short course (Sofia Ribeiro) <ul style="list-style-type: none"><li>- Basics of European Institutions</li><li>- Overview of the main partners of the WHO Office at the European Union</li><li>- European Public Health – main topics, agenda and priorities</li><li>- Journal Club overview</li></ul>	2h

\*The individual meetings with Roberto Bertollini and the Supervisor will be scheduled according to their availability

**Evaluation**

Both the staff and the interns will be invited to provide feedback on the induction program. The pilot project will be adjusted taking this feedback into account.

## Anexo 9. Briefing sobre a definição de Saúde Pública

### Definitions of Public Health

[Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe - A Concept Paper](#)  
(WHO, 2011)

Organization	Public Health Concept	Source	Comments
<b>Internal</b>			
<b>WHO HQ</b>	“Public health refers to all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole. Its activities aim to provide conditions in which people can be healthy and focus on entire populations, not on individual patients or diseases. Thus, public health is concerned with the total system and not only the eradication of a particular disease.”	<i>Glossary of globalization, trade and health terms</i> . Geneva, WHO, 2011 (accessed at: <a href="http://www.who.int/trade/glossary/en/">http://www.who.int/trade/glossary/en/</a> , 25 July, 2011). <sup>6</sup>	- Art and science - Organized efforts of the society + Among the population as a whole
<b>WHO HQ</b>	“The art of applying science in the context of politics so as to reduce inequalities in health while ensuring the best health for the greatest number.”	<i>The World Health Report 1998; Life in the 21st century: A vision for all</i> . Geneva, WHO, 1998. <sup>7</sup>	- Art and science + Best health + Politics + Inequalities
<b>WHO HQ</b>	“Public health is the science and art of promoting health, preventing disease, and prolonging life through the organized efforts of society.”	Nutbeam D. <i>Health promotion glossary</i> . Geneva, World Health Organization, 1998. <sup>8</sup>	Acheson definition
<b>WHO/ PAHO</b>	“Public health is an organized effort by society, primarily through its public institutions, to improve, promote, protect and restore the health of the population through collective action.”	<i>Public Health in the Americas</i> . Washington, World Health Organization/Pan American Health Organization, 2002. <sup>9</sup>	-Art and science + Health protection
<b>WHO Western Pacific Region</b>	The focus is on Essential Public Health Functions (EPHF). Broad public health definitions and concepts do not necessarily help countries to identify and evaluate the public health activities they currently undertake systematically, to identify gaps, and to plan and implement sustainable system changes.	<i>Essential Public Health Functions: The role of Ministries of Health</i> . WPR/RC53/10, Kyoto, 2002. <sup>10</sup>	Focus on EPHF
<b>WHO Europe</b>	“The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting mental and physical health and efficiency through organized community efforts. Public health may be considered as the structures and processes by which the health of populations is understood, safeguarded and promoted through the organized efforts of society.”	<i>Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region</i> , Health for All Series n 6. Copenhagen, WHO Europe, 1999. <sup>11</sup>	+ Mental and physical health + Efficiency - Organized efforts of society +Organized community

			efforts
<b>European Observatory on Health Systems and Policies</b>	"Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals."	European Observatory on Health Systems and Policies Glossary (accessed at: <a href="http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage">http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage</a> , 25 March 2010). <sup>12</sup> (Draws on Wanless D. <i>Securing good health for the whole population</i> . London, DH, 2004.)	Wanless, definition . +Art and science +Organized efforts +Individual choices
<b>External</b>			
<b>European Commission</b>	Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting mental and physical health and efficiency through organized community effort.  Public health may be considered as structures and processes by which the health of the population is understood, safeguarded and promoted through the organized efforts of society(adapted from Nutbeam <sup>8</sup> ).	<i>DG SANCO Health Inequalities Glossary</i> , 2007 (accessed at: <a href="http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_co03a_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_co03a_en.pdf</a> , 25 March 2010). <sup>13</sup>	Based on Acheson definition and Nutbeam definition
<b>UK PH Faculty</b>	"Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society." (Sir Donald Acheson, 1988)	UK Public Health Faculty (accessed at: <a href="http://www.fph.org.uk/whatispublichealth">http://www.fph.org.uk/whatispublichealth</a> , 20 July 2011). <sup>14</sup>	Acheson definition
<b>Nordic School Public Health</b>	"Public health is: the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society".	Magnússon, Guðjón. Health and human rights –a public health perspective, <i>Journal of Humanitarian Medicine</i> V.II, N.1,Jan/Mar 2002. <sup>15</sup>	Acheson definition
<b>European Public Health Association, (EUPHA) and The Association of Schools of Public Health in the European Region</b>	"Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals."	Programme of the 3rd European Public Health Conference, Integrated Public Health, Amsterdam, The Netherlands, 2010 (Accessed at: <a href="http://www.aspher.org/pliki/pdf/amsterdam2.pdf">www.aspher.org/pliki/pdf/amsterdam2.pdf</a> , 25 July 2011). <sup>16</sup>	
<b>Karolinska Institutet (KI)</b>	"Public health is the multidisciplinary field that aims at studying and tackling health determinants at the population level, i.e. the social structure, living habits, working life, environment and health care system influences on population health and health care efficiency."	Karolinska Institutet. Public Health Programme. Stockholm, 2011 (accessed at: <a href="http://ki.se/ki/jsp/polopol.jsp?d=11934&amp;l=en">http://ki.se/ki/jsp/polopol.jsp?d=11934&amp;l=en</a> , 10 <sup>th</sup> July 2011). <sup>17</sup>	- Art and science +Social determinants +Healthcare system



<b>The American Public Health Association</b>	The American Public Health Association (APHA) has synthesized the many definitions and perspectives on public health and identified six basic principles of contemporary public health theory and practice : a) emphasis on collective responsibility for health and the prime role of the state in protecting and promoting the public's health; b) focus on whole populations; c) emphasis on prevention, especially the population strategy for primary prevention; d) concern for the underlying socio-economic determinants of health and disease, as well as the more proximal risk factors; e) multi-disciplinary basis which incorporates quantitative and qualitative methods as appropriate; and f) partnership with the populations served.	American Public Health Association (Accessed at: <a href="http://www.apha.org">www.apha.org</a> , 25 <sup>th</sup> July 2011). <sup>18</sup>	- Art and science + Social determinants
<b>The Institute of Medicine</b>	"Public health is a mission for the fulfilment of society's interest in assuring the conditions in which people can be healthy, through organized community efforts aimed at the prevention of disease and the promotion of health, using activities undertaken within the formal structure of government as well as the associated efforts of private and voluntary organizations and individuals."	Institute of Medicine (USA). <i>The future of Public Health. Report of committee for the study of the future of public health</i> . Washington, DC, National Academy Press, 1988: 40 - 42 (accessed at: <a href="http://fermat.nap.edu/catalog/1091.html">http://fermat.nap.edu/catalog/1091.html</a> , 10 <sup>th</sup> July 2011). <sup>19</sup>	- Art and science +Health promotion, +Disease prevention + Conditions to be healthy
<b>World Bank</b>	For the World Bank's operational purposes, the major public health functions can be grouped into five categories: • policy development; • collecting and disseminating evidence for health policies, strategies and actions; • prevention and control of disease; • intersectoral action for better health; and • human resource development and capacity building.	World Bank. <i>Public Health and World Bank Operations</i> . Washington, World Bank, 2002. <sup>20</sup>	Focus on EPHF

### Winslow (1920)

Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles and personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual a standard of living adequate for the maintenance of health; organizing these benefits in such a fashion as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity.

### Acheson (1988)



The science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health through the organised efforts of society.

## **Health 2020**

Health 2020 elaborates a vision of public health as a dynamic network of stakeholders at all levels of society and aims to support action with unity of purpose across the Region.

The WHO European Region uses the Acheson definition of public health: “the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society”. This is achieved through public institutions and collective action. It includes traditional services such as health situation analysis, health surveillance, health promotion, prevention, infectious disease control, environmental protection and sanitation, disaster and health emergency preparedness and response, and occupational health, among others. More recent approaches include social determinants of health, the social gradient in health and governance for health.

## **Public Health frameworks**

### **Definitions**

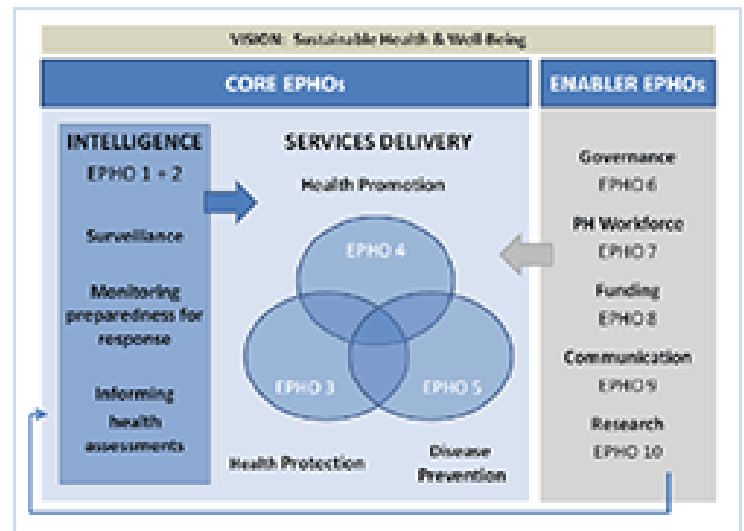
**Essential Public Health Operations** (used in WPR/RC53/10 and taken from *Yach, D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. Current Issues in Public Health. 1996, 2:247-52*)

“...a set of fundamental activities that address the determinants of health, protect a population’s health, and treat diseases [of public health significance]. These public health functions represent public goods, and in this respect governments would need to ensure the provision of these essential functions, but would not necessarily have to implement and finance them. They prevent and manage the major contributors to the burden of disease by using effective technical, legislative, administrative, and behaviour-modifying interventions or deterrents, and thereby provide an approach for intersectoral action for health...This approach stresses the importance of numerous different public health partners. Moreover, the need for flexible, competent state institutions to oversee these cost-effective initiatives suggests that the institutional capacity of states must be reinforced.”

## Operations/functions

### WHO EURO - The 10 Essential Public Health Operations

1. Surveillance of population health and well-being
2. Monitoring and response to health hazards and emergencies
3. Health protection including environmental, occupational, food safety and others
4. Health promotion including action to address social determinants inequity
5. Disease prevention, including early detection of illness
6. Assuring governance for health and well-being
7. Assuring a sufficient and competent public health workforce
8. Assuring sustainable organizational structures and financing
9. Advocacy, communication and social mobilization for health
10. Advancing public health research to inform policy and practice.



The first 5 EPHOs refer to core public health services, while EPHOs 6 through 10 refer to themes, which apply to and enable delivery of the first five. The document stresses that those EPHOs do not consist in ten independent services, and can be clustered and adapted according to the specific setting. It is also highlighted that EPHOs are dynamic and should be adapted as new evidence is published and new public health challenges emerge.

### PAHO – Core competencies for Public Health in the Americas

Core competencies for Public Health in the Americas were defined by a group of experts and finally published by the Pan American Health Organization (PAHO) in 2013. The starting point for this establishment were the Essential Public Health Functions (EPHF), which were first regrouped in the following six domains:

1. Health situation analysis
2. Surveillance and control of risks and threats
3. Health promotion and social participation

4. Policy, planning, regulation and control
5. Equitable access and quality of individual and public health services
6. International/global health

Then, an interacting set of dimensions that should be considered in every domain was defined:

7. Planning
8. Management
9. Evaluation
10. Communication
11. Leadership
12. Research
13. Information and Communication Technologies (ICT)

The core competencies established took into account the intersection between substantive domains, dimensions and areas of practice. They were intended for use by any professional and organization working in public health and/or healthcare service delivery responsible for one or more of the essential public health functions, including national, regional and local health authorities. The aims of Regional Core Competency Framework for Public Health (RCCFPH) were to offer a coherent picture of the health sector, develop a more unified public health workforce, provide information about the knowledge, skills, attitudes and professional development paths needed by people who wish to contribute to population health, provide a rational basis for curriculum development and training plans and improve consistency between the terms of reference for employing and evaluating the performance of health professionals, linking education to health service delivery.

A total of 6 domains were established:

Domain 1: Health situation analysis

Domain 2: Surveillance and control of risks and threats

Domain 3: Health promotion and social participation

Domain 4: Policy, planning, regulation and control

Domain 5: Equitable access and quality for individual and public health services

Domain 6: International/global health

Under each of these domains, key concepts and core competencies were detailed.

## WHO WPR – Essential Public Health Functions (EPHF)

- 1: Health situation monitoring and analysis
- 2: Epidemiological surveillance/disease prevention and control
- 3: Development of policies and planning in public health
- 4: Strategic management of health systems and services for population health gain
- 5: Regulation and enforcement to protect public health
- 6: Human resources development and planning in public health
- 7: Health promotion, social participation and empowerment
- 8: Ensuring the quality of personal and population-based health services
- 9: Research, development and implementation of innovative public health solutions.

Two key areas were not included:

- Diagnostic and clinical services
- Overall policy and mechanisms for public financing

## USA – 10 Essential Public Health Services

In 1994, the Core Public Health Functions Steering Committee established a set of 10 Essential Public Health Services. This committee was in charge of providing a description and definition of Public Health, clarify the role of Public Health within the healthcare system ensure transparency on how Public Health works and included representation from national organizations and federal agencies.

They have also developed the “Public Health in America” statement. The 10 Essential Public Health Services are the following:

- Monitor health status to identify community health problems
- Diagnose and investigate health problems and health hazards in the community
- Inform, educate, and empower people about health issues
- Mobilize community partnerships to identify and solve health problems
- Develop policies and plans that support individual and community health efforts
- Enforce laws and regulations that protect health and ensure safety
- Link people to needed personal health services and assure the provision of health care when otherwise unavailable
- Assure a competent public health and personal health care workforce
- Evaluate effectiveness, accessibility, and quality of personal and population-based health services
- Research for new insights and innovative solutions to health problems

These competencies were fitted within the 3 competencies defined by the Institute of Medicine (IOM): assessment, policy development, and assurance.

Assessment includes monitoring health, diagnosing and investigating. Policy development includes information, education and empowerment; mobilization of community partnerships and development of policies. At last, assurance comprises enforcement of laws, provision of care, assuring a competent workforce and evaluation.

The competencies framework guided the development of the Healthy People 2010, a national agenda for health promotion and disease prevention, which aimed to ensure that Federal, Tribal, State, and local health agencies have the infrastructure to provide essential public health services effectively.

Since the first establishment of the framework, there have been three revisions (2001, 2010 and 2014). The current Core Competencies framework is organized in the following eight domains and tiers:

Domains:

Analytical/Assessment Skills  
Policy Development/Program Planning Skills  
Communication Skills  
Cultural Competency Skills  
Community Dimensions of Practice Skills  
Public Health Sciences Skills  
Financial Planning and Management Skills  
Leadership and Systems Thinking Skills

Tiers:

Tier 1 – Front Line Staff/Entry Level.  
Tier 2 – Program Management/Supervisory Level.  
Tier 3 – Senior Management/Executive Level.

In addition to this, NALBOH worked together with the CDC and other partners in order to establish the six functions of public health governance, which are the following:

1. Policy development
2. Resource stewardship
3. Legal authority
4. Partner engagement
5. Continuous improvement
6. Oversight.

### Comparison between the essential services of Public Health in Europe, Americas and in the United States

Europe	Americas	United States
Surveillance of health and well-being	Surveillance and control of risks and threats	Monitor health status
Monitoring response to health hazards and emergencies	Policy, planning, regulation and control	Diagnose and investigate
Health promotion including action to address social determinants inequity	Health promotion and social participation	Inform, educate and empower
Advocacy, communication and social mobilization	Health promotion and social participation	Mobilize community partnerships
Assuring governance for health and well-being	-	-
-	Policy, planning, regulation and control	Develop policies and plans
Health protection	Policy, planning, regulation and control	Enforce laws
-	Equitable access and quality of individual and public health services	Link people to needed services/assure care
Assuring a sufficient and competent public health workforce		Assure a competent workforce
Assuring sustainable organizational structures and financing		Evaluate health services
Advancing public health research	Research	
	International/global health	

Surveillance is mentioned in all the three frameworks as an essential Public Health service, as are health promotion and health protection; community mobilization and advocacy; and health protection. Though not in exactly the same words, the competencies match when the detailed description of each is considered.

Both the Americas and the United States explicitly consider the development of policies. The European region is the sole one that includes the concept of governance explicitly, while it is only embedded in the detailed description of the frameworks of the other two regions.

Access to care is considered by the Americas and the United States, while it is not mentioned in the European framework. Assuring a competent workforce is clearly present in the European and in the United States of America Framework, while absent from the Americas regional framework.

The European framework is the only mentioning sustainable organizational structures and financing, whereas the USA mentions a similar competence when referring to the evaluation of health services.

Research is explicitly mentioned in the European and the Americas regional framework, while in the United States' framework it is indirectly included in other competences.

International and global health is only mentioned in framework of the Americas.

## Scientific literature

PubMed search with the terms Public Health AND definition (Title/Abstract):

- 2204 papers returned
- Relevant papers:

[Perspect Public Health](#). 2015 Jul;135(4):166.

[The definition of public health - where to shift the focus: prevention or population?](#)

[Ballabeni A](#).

[Zhonghua Yi Xue Za Zhi](#). 2010 Feb 9;90(6):367-70.

[Understanding the definition and the mission of public health correctly](#).

[Article in Chinese]

[Zeng G](#), [Huang JS](#).

[Przegl Epidemiol](#). 2003;57(3):505-12.

[Lalonde's paradigm. World Health Organization and new public health](#). [Article in Polish]

[Wysocki MJ](#)<sup>1</sup>, [Miller M](#).

### **Abstract**

The authors present the origins and evolution of the New Public Health idea assuming the fundamental significance of Lalonde's health field concept in this process. The other crucial events which contributed to it was the formulation and implementation of WHO strategy HFA 2000, publication of Ottawa Charter, defining by WHO the essential public health functions and concepts of Gro Harlem Brundtland from 1998-1999 when she was the Director General of WHO. Authors present for discussion their working definition of New Public Health, which is based on the public health definition of J. Nosko et al. from 2001.

[Perspect Biol Med](#). 2003 Summer;46(3 Suppl):S138-59.

## [Let the shoemaker stick to his last: a defense of the "old" public health.](#)

[Epstein RA](#)<sup>1</sup>.

### **Abstract**

The traditional forms of public health law were directed largely toward communicable diseases and other externalities, such as pollution, with negative health impacts. The more modern view treats any health issue that affects large numbers of individuals as one of public health, which would include such problems as obesity and diabetes. This paper examines the constitutional evolution of the public health principle from the narrower to the broader conception. It then argues that the narrower conception better defines the appropriate scope of coercive government intervention than does the broader definition, which could easily authorize interventions in economic affairs whose indirect effects are likely to reduce overall social wealth and freedom, and with it the overall health of the population.

### **Comment in**

- [The politics of public health: a response to Epstein.](#) [Perspect Biol Med. 2003]
- [Private wealth and public health: a critique of Richard Epstein's defense of the "old" public health.](#) [Perspect Biol Med. 2003]

[Med Klin \(Munich\).](#) 1995 Oct 15;90(10):606-7.

### [Public health: definition and goals.](#)

[Article in German]

[Rössler G](#)<sup>1</sup>, [Bodenbach S](#), [Kirch W](#).

### Other articles:

Yach, D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. Current Issues in Public Health. 1996, 2:247-52

The Evolution of Public Health Education and Training in the United Kingdom. Public Health Reviews, Vol. 33, No 1, 87-104

Wanless (2004) [Securing Good Health for the Whole Population.](#)

This further review has been focused particularly on prevention and the wider determinants of health in England and on the cost-effectiveness of action that can be taken to improve the health of the whole population and to reduce health inequalities. It was asked to consider consistency of current policy with the public health aspects of the "fully engaged" scenario outlined in the 2002 report. The [definition of public health](#) for this review has been drawn very widely; essentially it considers public health to be "[the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts and](#)



informed choices of society, organisations, public and private, communities and individuals.”

## WHO and UN

### Publications

#### [Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region](#) (2015)

Through a process of extensive and iterative consultation, the WHO Regional Office for Europe devised 10 essential public health operations (EPHOs) that define the field of modern public health for the Member States in the WHO European Region. Formally endorsed by all of the Region's Member States, the EPHOs form a comprehensive package that all countries should aim to provide to their populations.

This publication presents a public health self-assessment tool that provides a series of criteria that national public health officials can use to evaluate the delivery of the EPHOs in their particular settings. Wherever possible, these criteria were developed on the basis of existing WHO guidance. The tool can be used to foster dialogue on the strengths, weaknesses and gaps in EPHOs; generate policy options or recommendations for public health reforms; contribute to the development of public health policies, or be used for educational or training purposes.

#### [European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services](#) (2012)

#### [Review of public health capacities and services in the European Region](#) (2012)

This document aims to provide an overview of the current status of public health services across the WHO European Region, in order to strengthen the development of future public health services and capacities. It aims to underpin and complement the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (EAP). The information is derived from assessments of public health services in 41 of the 53 countries in the WHO European Region. Across the Region, the strongest public health responses are for surveillance, monitoring, emergency planning, immunization, environmental health and health protection. Weaker areas of response include health promotion and action to address inequalities and the wider determinants of health; surveillance to address NCDs is also weak. Governance, workforce development, financing and communications are also less well developed across the Region; this pattern is found especially in the Commonwealth of Independent States (CIS) countries. This report is part of a series of three studies being conducted by the WHO Regional Office for Europe. These are a review of policy and legislation

instruments and tools for public health; a “snapshot” review of organizational models for delivering essential public health operations (EPHOs) and public health services; and a summary of country assessments of public health capacities and services. These studies support the development of the EAP, and will be presented as information documents at the Regional Committee’s sixty-second session in Malta in 2012.

[Preliminary review of institutional models for delivering essential public health operations in Europe](#) (2012)

This document contains a review of the institutional models in place throughout Europe for delivering essential public health operations (EPHOs). It aims to underpin and complement the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. The report summarizes the available information on the different institutional models for delivering EPHOs, draws conclusions on their strengths and weaknesses, and provides recommendations for strengthening them. It also calls for development of an evidence base to shed light on which institutional models or arrangements are more effective than others, and in which conditions.

[Public health policy and legislation instruments and tools: an updated review and proposal for further research](#) (2012)

This document reviews the current policy and legislation instruments and tools in place for delivering public health operations in the WHO European Region. It aims to underpin and complement the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (EAP). It provides initial findings on the wide spectrum of legal and policy frameworks at regional and global levels discovered by mapping the available public health instruments and tools across 10 essential public health operations (EPHOs). The main findings are that at the global level legally binding instruments and tools are mainly concentrated in EPHO 3 (health protection) with 306 tools, EPHO 4 (health promotion) with 31 and EPHO 6 (governance) with 41. This corresponds to more than 90% of the total number of public health tools. However, there were only 2 tools for EPHO 5 (disease prevention), 3 for EPHO 7 (workforce) and 1 for EPHO 8 (organizational structures and financing). No legally binding tools were found for EPHO 9 (communication) and EPHO 10 (research). For EPHO 1 (surveillance) and EPHO 2 (response to health hazards and emergencies), there is a more balanced use of both legally and nonlegally binding tools. More evidence is needed on the cost-effectiveness of such instruments and tools. In addition, there is a need for greater advocacy, with a balance of regulation and persuasion, on what already exists – such as “best buy” interventions for noncommunicable diseases (NCDs) and the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) – as well as a need to strengthen approaches to intersectoral governance.

[EUR/RC62/Inf.Doc./5 Strengthening public health services across the European Region – a summary of background documents for the European Action Plan](#) (2012)

This Information document summarizes the key findings and recommendations from a series of three studies conducted by the WHO Regional Office for Europe. The first is a [summary of country assessments of public health capacities and services](#), which indicates that the delivery of public health services should be strengthened by developing and integrating health promotion and disease prevention, with robust health protection services. To further support service delivery, the enablers of public health that require particular attention include governance, workforce development, financing and communication. A focus on public health services to ensure that they address inequalities and the wider determinants of health will help to achieve the overall vision of promoting health and well-being in a sustainable way. The second study is a [preliminary review of organizational models for delivering essential public health operations \(EPHOs\) and public health services](#), which shows that currently an average of only 3% of health sector budgets is spent on prevention, despite the fact that an increase in spending is a cost-effective way of improving health outcomes. There is an additional need to ensure sustainable and long-term financing of public health services, including the use of financial incentives or taxes for public health purposes. The third study is a [review of policy tools and instruments for public health](#), which demonstrates that there must be advocacy for effective tools; for example, there is good evidence of the effectiveness of “best buy” interventions for noncommunicable diseases (NCDs), and tools such as this should be supported. Furthermore, legal approaches are best balanced with intersectoral policies that create environments for healthy living. Strengthening governance is important to ensure effective implementation of laws and accountability arrangements of cross-sectoral working. These studies support the development of the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (EAP), and will be presented as background documents at the Regional Committee’s sixty-second session in Malta in 2012.

## Resolutions

### Public Health operations (printed)

[EMRO sixty-second Regional Committee briefing on assessing essential public health functions in the Eastern Mediterranean Region](#) (2015)

[EUR/RC62/R4](#) (2012) on “Health 2020 – The European policy framework for health and well-being”

[EURO/RC61/R2](#) (2011) on “Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action”

[WPRO/RC53.R7](#) (2002) on “Essential public health functions”

[WPRO/RC53/10](#) (2002) on “Essential public health functions: the role of ministries of health”  
[PAHO CD42.R14](#) (2000) on “Essential public health functions”

### Universal Health Coverage and related issues

[CD53/5](#) (2014) on “Strategy for universal access to health and universal health coverage”

[WHA62.12](#) (2009) urging Member States to put people at the centre of health care

[WHA64.9](#) (2011) on sustainable health financing structures and universal coverage

[A/RES/70/1](#) (2015): Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development, target 3.8 “Achieve universal health coverage”

[A/RES/68/300](#) (2014) which recognizes that insufficient progress in the prevention and control of non-communicable diseases undermines social and economic development

[A/RES/67/81](#) (2013) on global health and foreign policy:

- acknowledges that universal health coverage implies that all people have access, without discrimination, to nationally determined sets of health services and medicines without entering into financial hardship
- effective and financially sustainable implementation of universal health coverage is based on a resilient and responsive health system that provides comprehensive primary health-care services with adequate coverage and well-trained staff.

## Anexo 10. Briefing sobre o vírus Zika

### Briefing on Zika

Sources: Public Health England, WHO, CDC

Last update: 9<sup>th</sup> February 2016

#### Epidemiology ([PH England](#))

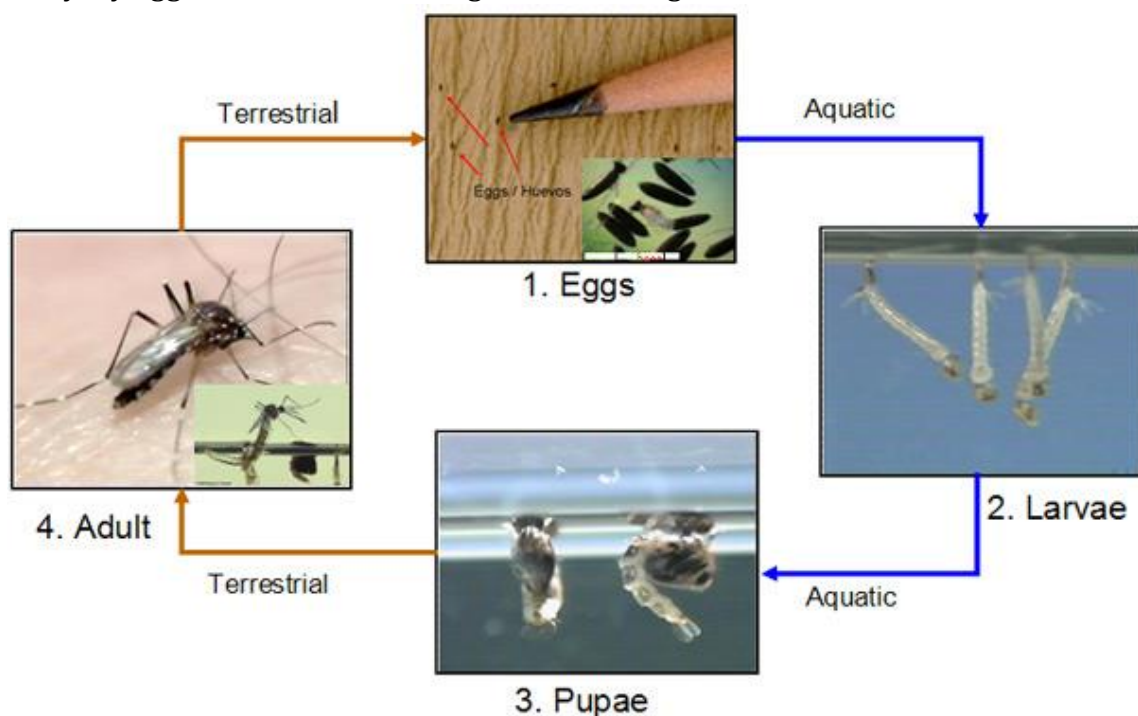
1947 - Zika virus was first discovered in Africa, in the Zika forest in Uganda. The virus circulates in Africa and Asia in humans, animals and mosquitoes but prior to 2015 few outbreaks have been documented.

2007 - first Zika outbreak reported outside Africa and Asia occurred on Yap Island in the Federated States of Micronesia. It was caused by the Asian strain of the virus.

#### Transmission ([CDC](#))

*Through mosquito bites*

Zika virus is transmitted to people primarily through the bite of an infected Aedes species mosquito (A. aegypti and A. albopictus). These are the same mosquitoes that spread dengue and chikungunya viruses. These mosquitoes typically lay eggs in and near standing water in things like buckets, bowls, animal



dishes, flower pots and vases.

They prefer to bite people, and live indoors and outdoors near people. Mosquitoes that spread chikungunya, dengue, and Zika are aggressive daytime biters. They can also bite at night. Mosquitoes become infected when they feed on a person already infected with the virus. Infected mosquitoes can then spread the virus to other people through bites.

Zika virus is a mosquito-borne flavivirus primarily transmitted by *Aedes aegypti* mosquitoes (1,2). Infection with Zika virus is asymptomatic in an estimated 80% of cases (2,3), and when Zika virus does cause illness, symptoms are generally

mild and self-limited. Recent evidence suggests a possible association between maternal Zika virus infection and adverse fetal outcomes, such as congenital microcephaly (4,5), as well as a possible association with Guillain-Barré syndrome. Currently, no vaccine or medication exists to prevent or treat Zika virus infection. Persons residing in or traveling to areas of active Zika virus transmission should take steps to prevent Zika virus infection through prevention of mosquito bites (<http://www.cdc.gov/zika/prevention/>).

Sexual transmission of Zika virus is possible, and is of particular concern during pregnancy. Current information about possible sexual transmission of Zika is based on reports of three cases. The first was probable sexual transmission of Zika virus from a man to a woman (6), in which sexual contact occurred a few days before the man's symptom onset. The second is a case of sexual transmission currently under investigation (unpublished data, 2016, Dallas County Health and Human Services). The third is a single report of replication-competent Zika virus isolated from semen at least 2 weeks and possibly up to 10 weeks after illness onset; reverse transcriptase-polymerase chain reaction testing of blood plasma specimens collected at the same time as the semen specimens did not detect Zika virus (7). The man had no sexual contacts. Because no further testing was conducted, the duration of persistence of Zika virus in semen remains unknown.

In all three cases, the men developed symptomatic illness. Whether infected men who never develop symptoms can transmit Zika virus to their sex partners is unknown. Sexual transmission of Zika virus from infected women to their sex partners has not been reported. Sexual transmission of many infections, including those caused by other viruses, is reduced by consistent and correct use of latex condoms.

1. Hayes EB. Zika virus outside Africa. *Emerg Infect Dis* 2009;15:1347–50. CrossRef PubMed
2. CDC. Zika virus. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2016. <http://www.cdc.gov/zika/index.html>.
3. Duffy MR, Chen TH, Hancock WT, et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Engl J Med* 2009;360:2536–43. CrossRef PubMed
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Zika virus epidemic in the Americas: potential association with microcephaly and Guillain-Barré syndrome. Stockholm, Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/zika-virus-americas-association-with-microcephaly-rapid-risk-assessment.pdf>.
5. Oliveira Melo AS, Malinge G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016;47:6–7. CrossRef PubMed
6. Foy BD, Kobylinski KC, Chilson Foy JL, et al. Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. *Emerg Infect Dis* 2011;17:880–2. CrossRef PubMed
7. Musso D, Roche C, Robin E, Nhan T, Teissier A, Cao-Lormeau VM. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerg Infect Dis* 2015;21:359–61. CrossRef PubMed

### **Symptoms (PH England and [CDC](#))**

The majority of people infected with Zika virus have no symptoms (only 1 out of 5 have them). For those with symptoms, Zika virus tends to cause a mild, short-lived (2 to 7 days) febrile disease. Typical symptoms include:

- a low-grade fever
- joint pain (with possible swelling mainly in the smaller joints of the hands and feet)
- rash, sometimes itchy

- conjunctivitis/red eyes
- headache
- muscle pain
- eye pain

The symptoms of Zika are similar to dengue (caused by a related flavivirus) or chikungunya (an alphavirus), which are often co-circulating in areas where Zika virus is present. Laboratory testing is essential for the correct diagnosis.

**Diagnosis ([CDC](#))**

There are no commercially available diagnostic tests for Zika virus disease. During the first week after onset of symptoms, Zika virus disease can often be diagnosed by performing reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) on serum. Virus-specific IgM and neutralizing antibodies typically develop toward the end of the first week of illness; cross-reaction with related flaviviruses (e.g., dengue and yellow fever viruses) is common and may be difficult to discern. Plaque-reduction neutralization testing can be performed to measure virus-specific neutralizing antibodies and discriminate between cross-reacting antibodies in primary flavivirus infections.



## **Anexo 11. Protocolo do estudo científico “Implementation of Health in All Policies at EU level”**

**Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - NOVA**  
**Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais**  
**Metodologias de Investigação**

Enviado a: 01/06/2015 (*melhoria*)

**Nome: Sofia de Figueiredo Ribeiro**  
**Número de Aluno: 44081**  
**Área de Especialização: Estudos Europeus**

---

### **1. Identificação do tema**

O tema geral desta proposta de investigação enquadra-se na área de Estudos Europeus, nomeadamente na avaliação do alinhamento das Políticas Públicas Europeias com a estratégia “Saúde em todas as políticas” elaborada pela Organização Mundial da Saúde. Esta temática é bastante relevante uma vez que políticas desenvolvidas noutras áreas, como por exemplo ambiente e transportes, podem afetar a saúde dos cidadãos Europeus. Apesar da recomendação da Organização Mundial da Saúde, não existe nenhum estudo que analise os documentos de trabalho dos grupos parlamentares e das Direções Gerais da Comissão Europeia e avalie se o melhor interesse para a saúde foi considerado em cada uma das decisões.

### **2. Sumário (1,6/2)**

A questão a que este trabalho de investigação procurará responder será “As diretrizes da Saúde em todas as políticas foram consideradas pelas Instituições Europeias entre 2010-2014?”. O estudo será efetuado segundo o modelo explicativo, e tem como objetivos principais analisar a inclusão da saúde nas decisões e documentos de trabalho do Parlamento Europeu, Conselho e da Comissão Europeia.

A primeira hipótese a considerar é que a saúde não tem sido considerada nas políticas, decisões e demais documentos emitidos pela Comissão Europeia, pelo Parlamento e



pelo Conselho. A segunda hipótese é que não existe uma estratégia clara e operacional nas instituições anteriormente referidas para a consideração da saúde em todas as políticas. Para validar estas hipóteses, serão analisados diversos processos de decisão das instituições acima referidas, através de process tracking.

### **3. Estado da Arte**

Segundo a oitava Conferência Global na Promoção da Saúde (Helsínquia, 2013), a abordagem “Saúde em todas as Políticas” pode ser definida como uma abordagem às políticas públicas em todos os sectores que considera as implicações na saúde das decisões, que procura sinergias e que evita impactos deletérios na saúde. Desde o Tratado de Amsterdão, a União Europeia assumiu a responsabilidade de assegurar que a saúde é considerada em todas as políticas, e que nenhuma política contribui para a diminuição do estado de saúde dos cidadãos. Esta decisão está alinhada com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, que a descreve como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.” (OMS, 1946) Assim sendo, para assegurar a saúde, é necessário que as políticas sociais, de transportes, do ambiente, do trabalho, entre outras, assegurem este direito fundamental.

Um relatório comissionado pela Direção Geral de Proteção da Saúde e Consumidores (DG SANCO) em 2006 aquando a Presidência da Finlândia menciona que as barreiras existentes à implementação da “Saúde em todas as Políticas” ao nível da União Europeia deverão ser identificadas e corretamente abordadas. Adicionalmente, o mesmo relatório refere que deve ser conduzida uma investigação sobre o impacto das políticas na saúde, e prever mecanismos que assegurem a sua alteração caso não assegurem a preservação da saúde dos cidadãos. É recomendado que o valor da saúde nos objetivos de outras políticas seja devidamente explorado e ponderado, assegurando a informação, participação e o debate públicos para assegurar um processo de decisão aberto e transparente.

No entanto, processos recentes como a negociação da Diretiva do Tabaco ou o processo de decisão da discussão no Parlamento Europeu das novas diretivas sobre a Qualidade do Ar, mesmo após a sessão aberta durante a qual foi explorado o impacto positivo que as novas diretivas teriam na saúde, são dois exemplos de que a saúde não tem sido uma prioridade na discussão de todas as políticas, nem mesmo as

diretamente ligadas à saúde. Por exemplo, os subsídios comunitários atribuídos aos cultivadores de tabaco, tendo entrado uma nova diretiva do tabaco em vigor em 2014 que restringe a sua comercialização e procura desencorajar o seu consumo, são um exemplo de políticas contraditórias que contrariam os pressupostos da “Health in all policies”. A Parceria Transatlântica, atualmente em discussão, integra vários aspetos com relação direta com a saúde, como por exemplo cosméticos e produtos farmacêuticos. No entanto, as negociações estão a ser conduzidas por seções das instituições Europeias sem qualquer ligação com a saúde. Estes serão exemplos a incluir na análise.

Apesar da necessidade de verificação da abordagem “Saúde em todas as políticas”, não existe nenhum estudo que avalie se num período temporal específico a saúde foi tida em consideração nas diferentes políticas. Algumas decisões foram amplamente estudadas e criticadas, como por exemplo a Diretiva Europeia do Tabaco, mas a maioria dos estudos foca-se apenas numa decisão ou área específica. Não existe nenhum estudo que explore os mecanismos que os Comitês Parlamentares e as Direções Gerais possuem para se assegurarem que o impacto da saúde é considerado nos seus trabalhos, nem as orientações utilizadas para tal.

O modelo a seguir nesta investigação será o modelo explicativo. Numa primeira fase, será recolhidos os dados documentais, e será efetuada a sua análise. Posteriormente, será analisada a opinião dos decisores e serão procuradas causas para a não inclusão da saúde em todas as políticas, caso seja esse o resultado da análise documental. Independentemente do resultado dessa análise, serão procuradas estratégias para a inclusão da saúde em todas as políticas.

#### **4. Objetivos**

Este trabalho possui dois objectivos gerais, dentro dos quais se enquadram vários objetivos específicos:

Objetivo específico 1: Analisar os principais fatores que condicionam a inclusão da saúde em todas as políticas.

O primeiro objetivo geral, de carácter qualitativo, permite uma reflexão sobre as estratégias adotadas no passado para a inclusão da saúde nos trabalhos das Instituições Europeias, através da revisão bibliográfica.

Objetivo geral 2: Avaliar o grau de inclusão da saúde nas propostas, políticas e decisões de instituições Europeias entre 2010 e 2014.

Objetivo específico 1: Avaliar o grau de inclusão da saúde nas propostas, políticas e decisões do Parlamento Europeu de 2010 a 2014.

Objetivo específico 2: Avaliar o grau de inclusão da saúde nas propostas, políticas e decisões da Comissão Europeia de 2010 a 2014.

O grau de inclusão da saúde nas propostas, políticas e decisões será avaliado através de uma escala de Likert (explicado posteriormente neste plano).

Objetivo geral 3: Propor estratégias para aumentar a consideração da saúde nas propostas, políticas e decisões Europeias.

Objetivo específico 1: Propor estratégias para aumentar a consideração da saúde nas propostas, políticas e decisões do Parlamento Europeu.

Objetivo específico 2: Propor estratégias para aumentar a consideração da saúde nas propostas, políticas e decisões da Comissão Europeia.

O grau de inclusão da saúde será avaliado através da análise documental. Será utilizada uma grelha de análise documental com uma escala de Likert (explicitada posteriormente neste plano).

## **5. Descrição Detalhada**

- **Dimensionamento**

Este estudo enquadra-se nas áreas de Estudos Europeus e Estudos Políticos.

Na realização deste estudo, serão consideradas as decisões e relatórios produzidos pelos seguintes Comités do Parlamento Europeu de 2010 a 2014: Transporte e Turismo (TRAN), Comércio internacional (INTA), Ambiente, Saúde Pública e Segurança Alimentar (ENVI-apenas os documentos referentes ao ambiente e segurança alimentar); e Emprego e Assuntos Sociais (EMPL). Estes comités foram escolhidos pelas suas decisões terem um maior impacto potencial na saúde.

No caso da Comissão Europeia, serão considerados os documentos da Direção Geral para a Ação Climática (DG CLIMA), da Direção Geral do Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão (DG EMPL), Direção Geral do Ambiente (DG ENV), Direção Geral da Saúde e Segurança Alimentar (SANTE), Direção Geral da Taxação e União

Aduaneira (DG TAXUD) e Direção Geral do Comércio (DG TRADE). Com esta seleção, pretende-se cobrir as respetivas áreas no parlamento, pelo que os documentos serão apenas considerados no período de 2010 a 2014. A escolha dos assuntos relativos ao comércio internacional deve-se ao facto da Parceria Transatlântica incluir vários assuntos relacionados com a saúde.

Em primeiro lugar, será feita uma recolha documental utilizando as fontes documentais disponíveis nas páginas de internet oficiais do Parlamento Europeu e da Comissão Europeia. Seguidamente, proceder-se-á à recolha e análises de dados referentes às variáveis abaixo mencionadas. O guião de entrevista será elaborado após uma análise preliminar dos resultados. Importa referir que as entrevistas terão dois objetivos principais: confrontar peritos com os resultados da análise documental e recolher dados adicionais para o estudo, como por exemplo as barreiras que condicionam a inclusão da saúde nas políticas europeias e possíveis soluções para as mitigar.

- **Variáveis**

Os descritores a considerar neste projeto são o tipo de documento em estudo (proposta, relatório, decisão), o ano de produção (compreendido entre 2010 e 2014), e a instituição e divisão responsáveis pela autoria do documento (Parlamento Europeu ou Comissão Europeia, e respetivos Comités e Direções Gerais) A variável dependente a considerar neste estudo é o grau de inclusão da saúde nas políticas. Para avaliar a variável “inclusão da saúde” nesses documentos, será feita uma leitura de cada documento seguida do preenchimento de uma escala de Likert<sup>13</sup> pelo investigador. As variáveis explicativas a incluir neste estudo são a presença de grupos de interesse económico no processo, a evidência científica existente sobre o impacto da saúde (presença ou ausência, grau de confiança desta evidência) e a posição do rapporteur do parlamento, bem como a do respetivo grupo político. Estas variáveis foram indicadas noutros artigos científicos como potenciais determinantes da inclusão da saúde na formulação de políticas. (Peeters, 2015)

Nas entrevistas será explorada a temática da inclusão da saúde e respetivas barreiras,

---

<sup>13</sup> Uma escala de Likert é uma escala de resposta psicométrica utilizada frequentemente em questionários. Para cada questão a considerar, são habitualmente considerados 4 itens (de “não concordo totalmente” a “concordo totalmente”), podendo ser usados 7 ou até 9 itens.

bem como a procura de estratégias para a inclusão da saúde em todas as políticas. O guião para a condução das entrevistas semi-dirigidas será preparado após a análise preliminar dos dados, para permitir uma recolha de informação mais dirigida.

- **Hipóteses**

A primeira hipótese a considerar neste estudo é que a saúde não tem sido considerada nas políticas, decisões e demais documentos emitidos pelo Parlamento e pela Comissão Europeia.

A segunda hipótese é que não existe uma estratégia clara e operacional nas instituições anteriormente referidas para a consideração da saúde em todas as políticas.

Artigos científicos publicados que analisam o processo que conduziu à aprovação da nova diretiva do tabaco indicou que a decisão tomada não salvaguardou o melhor interesse da saúde, nomeadamente devido à interferência de outros grupos de interesse. Este artigo identifica outras variáveis que podem influenciar processos legislativos no sentido de não incluir a saúde como seria desejável. Sendo o impacto do consumo de tabaco na saúde um tema relativamente consensual apoiado com evidência científica de qualidade, mas onde a saúde não é devidamente salvaguardada, o que acontecerá noutras políticas fora da área da saúde?

- **Instrumentos metodológicos**

Os instrumentos metodológicos a utilizar na recolha de dados serão uma grelha de análise documental desenvolvida e aplicada pelo investigador, de forma a recolher os dados necessários para analisar cada uma das fontes documentais do Parlamento Europeu (relatórios, pareceres e decisões), e destina-se a recolher a informação relativa às variáveis e indicadores acima mencionados. A informação relativa às variáveis explicitadas anteriormente será recolhida utilizando escalas de Likert de 10 pontos, e irá ser analisada quantitativamente utilizando um software estatístico. Como complemento da dimensão quantitativa, serão recolhidos dados qualitativos nas entrevistas a peritos com o objetivo de confirmar aferição da inclusão das temáticas da saúde.

Adicionalmente, serão realizadas entrevistas semi-dirigidas aos *rapporteurs* dos Comitês Parlamentares cujos documentos da legislatura 2010-2014 foram analisados, bem como o responsável pelo comité da saúde. Entrevistas com as diferentes Direções Gerais da Comissão Europeia acima mencionadas também serão conduzidas. Com as

entrevistas pretende-se avaliar de que forma a saúde foi considerada nas decisões (vertente documental) , e que estratégias poderão ser adoptadas no futuro de forma a maximizar a inclusão da saúde em todas as políticas (vertente de opinião).

- **Planeamento temporal**

O projeto de investigação terá a duração total de um ano, segundo o seguinte planeamento:

Recolha de informação documental: Meses 1 a 3

Análise da informação documental: Meses 4 a 6

Agendamento de entrevistas: Meses 4 a 6

Entrevistas: Meses 6 a 8

Análise de dados e escrita do trabalho final: Meses 9 a 12

- **Possíveis constrangimentos e respetivas soluções**

O principal constrangimento que poderá emergir durante a realização deste estudo está relacionado com a realização de entrevistas aos *rapporteurs* dos Comités Parlamentares da legislatura anterior. Apesar da possibilidade de utilização de ferramentas de comunicação à distância como o Skype, estudos demonstram que frequentemente é difícil aceder a Membros do Parlamento Europeu. Assim sendo, será elaborada uma lista ordenada de vários elementos de cada Comité, de forma a maximizar a oportunidade de entrevista. Uma estratégia similar será aplicada para os membros da Direção Geral da Comissão Europeia, aos quais será dada a oportunidade de nomear um funcionário capaz de o substituir no provisionamento desta mesma informação.

- **Contribuição prospetiva**

A realização deste estudo irá contribuir para a avaliação da implementação da estratégia “Saúde em Todas as Políticas” , bem como para a procura de estratégias e indicadores para a monitorização futura da implementação da mesma. O objetivo deste estudo é fundamentalmente identificar um possível problema (a falta de consideração da saúde nas políticas) e iniciar a discussão de estratégias para o minorar.

## **6. Referência Bibliográficas (0,5/0,5)**

- Comissão Europeia. Direções e Serviços. Consultado a 27 de Dezembro de 2014. Disponível em [http://ec.europa.eu/about/ds\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/about/ds_pt.htm)

- Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013. ISBN 978-952-00-3406-1
- McQueen D V, Wismar M, Lin V, Jones C M, Davies M. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. ISBN 978 92 890 0281 3
- Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki, 2006.
- Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. Health in All Policies in the European Union and its member states. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki, 2006. ISBN 952-00-1964-2
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1946). Preamble of the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. Consultado a: 9 de maio de 2015. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)
- Parceria transatlântica. Direção Geral do Comércio, Comissão Europeia. Consultado a 10 Jan 2015. Disponível em <http://ec.europa.eu/trade/policy/in-focus/ttip/about-ttip/>
- Parlamento Europeu. Comissões Parlamentares. Consultado a 27 de Dezembro de 2014. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/committees/pt/parliamentary-committees.html>
- Peeters, S et al. (2015). *The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'*. Tobacco Control, 0:1-10.

## Anexo 12. Programa do *Clinical Scholars Research Training* (CSRT)

**HARVARD MEDICAL SCHOOL**  
**- PORTUGAL PROGRAM**  
IN TRANSLATIONAL RESEARCH AND INFORMATION

### CSRT II – Curriculum and Program Details

#### **Unit 1: Causal Diagrams and Epidemiology (Paulus)**

1. Confounding
2. Intro to DAGs
3. Misclassification
4. Discrepancies in experimental vs. observational research
5. Propensity Scores
6. Instrumental Variables
  - Two (2) related homework assignments

#### **Unit 1: Survival Analysis (Healy)**

1. Introduction and group comparisons
2. Cox proportional hazards regression models
3. Cox proportional hazards regression models-part II
4. Study design
  - One (1) related homework assignment

#### **Unit 3: Longitudinal Analysis (Fitzmaurice)**

1. Longitudinal Data Analysis, Part I
2. Longitudinal Data Analysis, Part II
3. Longitudinal Data Analysis, Part III
4. Longitudinal Data Analysis, Part IV
  - One (1) related homework assignment

#### **Unit 4: Correlated Outcomes (Healy)**

1. Multilevel Models
2. Missing Data
3. Repeated Measures with Dichotomous Outcomes- GEE
4. Generalized linear mixed effects model
  - One (1) related homework assignment

#### **Unit 4: Biostatistical Computing in Stata (Grant)**

1. Intro to Computing for Biostatistics
2. Getting Started with Stata
3. Using Stata Effectively
4. Data Management
5. Graphics with Stata
6. Programming Stata
7. Regression with Stata
8. Survival Analysis with Stata
  - Six (6) related practicums

#### **Unit 6: Translating Evidence into Practice (Komaroff)**

---

25 Shattuck Street | Gordon Hall Suite 015 | Boston, Massachusetts 02115  
Telephone: +1 617-432-8043 Facsimile: +1 617-432-2284



# HARVARD MEDICAL SCHOOL - PORTUGAL PROGRAM

IN TRANSLATIONAL RESEARCH AND INFORMATION

1. The Rising Costs of Health Care: What Is The Problem?
  2. The Rising Costs of Health Care: Options for Solving the Problem
  3. The Rising Costs of Health Care: Clinical Research to Define Value
- One (1) related homework assignment

## **Unit 5: Grant Writing and Peer Review (Waikar and Curhan)**

1. Writing a Manuscript
  2. Peer Review Process for Manuscripts
- One (1) related homework assignment

## **Unit 6: Survey Design (Harrison and Healy)**

1. Introduction to Survey Research: Approaches and Sources of Error
  2. Selecting a Survey Mode
  3. Survey Questions and Questionnaires: Identifying Constructs and Operationalizing Measures
  4. Qualitative and Semi-Structured Approaches to Questionnaire Design
  5. Practical Issues in Designing a Survey Sample
  6. Statistics for Surveys (Healy)
- One (1) related homework assignment

## **Unit 7: Advanced Topics in Clinical Trials (Wypij)**

1. Clinical Trials Introduction
  2. Study Design and Ethical Considerations
  3. Elements of a Study Protocol and Study Endpoints
  4. Study Population, Recruitment, and Baseline Assessment
  5. Randomization, Stratification, and Blinding
  6. Treatment Regimens and Follow-Up Procedures
  7. Data Analysis Plan and Sample Size Power
  8. Monitoring and Interim Analysis Plans
  9. Miscellaneous Protocol Issues and Study Close-Out
  10. Case Study: Hemodilution Influence on Outcomes after Hypothermic Cardiopulmonary Bypass
- Two (2) related homework assignments

## **Unit 8: Advanced Quantitative Methods**

1. Introduction and Elements of a Decision Problem
  2. Structuring and Analyzing Decision Problems
  3. Introduction to Cost-Effectiveness Analysis
  4. Cost-Effectiveness Analysis
  5. Introduction to Evidence Based Medicine
  6. Clinical Practice Guideline Development
  7. Role of Observational Studies for CER
- Two (2) related homework assignments

## **Manuscript Team Project Requirement**

Students are required to submit as teams a manuscript based on an original and unique research question using, when possible, a dataset from their own previous research. We support them throughout this exercise with feedback at various stages but they are expected to research and write all information

---

25 Shattuck Street | Gordon Hall Suite 015 | Boston, Massachusetts 02115

Telephone: +1 617-432-8043 Facsimile: +1 617-432-2284

# HARVARD MEDICAL SCHOOL - PORTUGAL PROGRAM

IN TRANSLATIONAL RESEARCH AND INFORMATION

themselves. The estimated time for this exercise, including research and providing peer reviews, is 80 hours.

## Journal Clubs

Students are required to participate in two (2) journal club interactive webinars. They are sent papers to read and data to review and must engage the faculty and respond to questions during a live online session for each journal club.

## Additional Program Requirements:

- Attendance at all (4) weekend workshops
- Viewing of all (48) lectures
- Successful completion of all (22) homework assignments
- Participation in all (3) journal clubs
- Participation in a minimum of 75% of live one-hour review webinars offered (10)
- Writing and obtaining a “pass” on the Manuscript Team Project

Lectures are approximately one (1) hour in length each.  
Homework assignments take an average of two hours each.

Therefore, the estimated time to participate in this program is as follows:

- Viewing of lectures: **52 hours**
- Completion of homework assignments: **36 hours**
- Completion of manuscript: **80 hours**
- Weekend workshops: 20 hours each, with prep activities - **80 hours**
- Journal Clubs: **6 hours**
- Webinars: **12 hours**
- Graduation (required): **2 hours**

Best regards,



Dr. Ajay K. Singh, MBBS, FRCP, MBA  
Associate Dean for Global and Continuing Education  
Harvard Medical School

## Anexo 13. Apresentação no Journal Club



### Journal Club

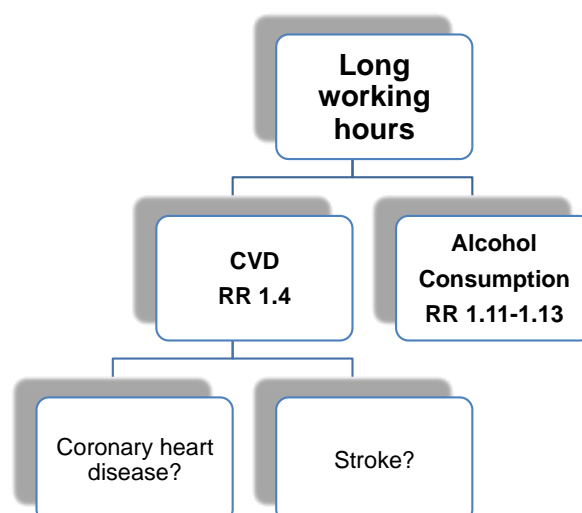
*Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals*  
Lancet, August 2015

Sofia Ribeiro

WHO Representation at the European Union



## Introduction



## Introduction

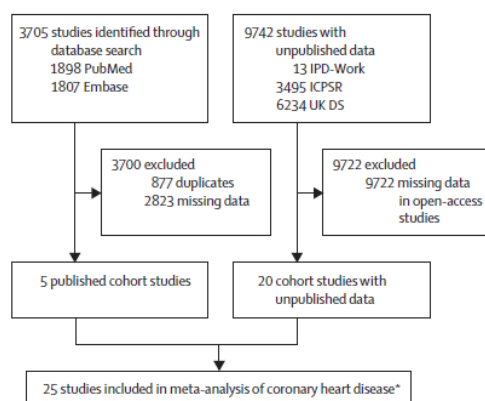
### Limitations of previous studies

- Publication bias
- Reverse causation
- Confounding
- Non-inclusion of risk factors for stroke

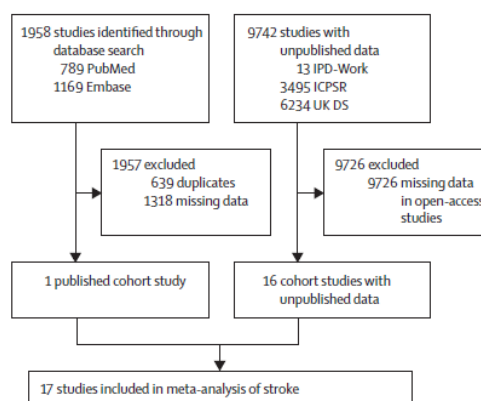


## Methods

### Coronary Heart Disease



### Stroke



## Methods – covariates

Available in all studies:

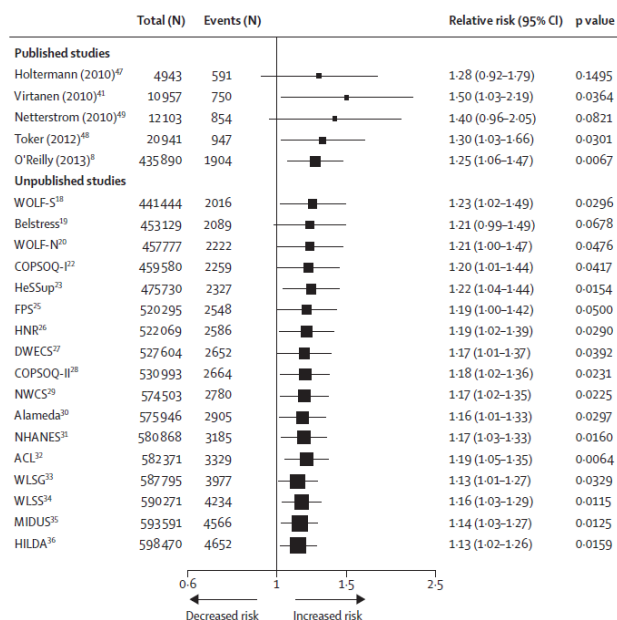
- Age
- Sex
- SES
- Smoking
- BMI
- Physical activity
- Alcohol consumption

Not available in all studies:

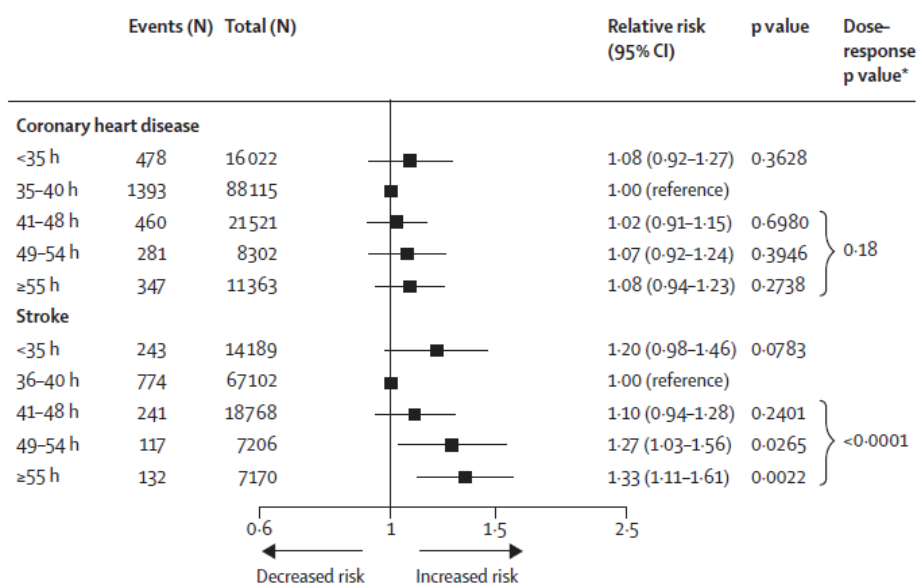
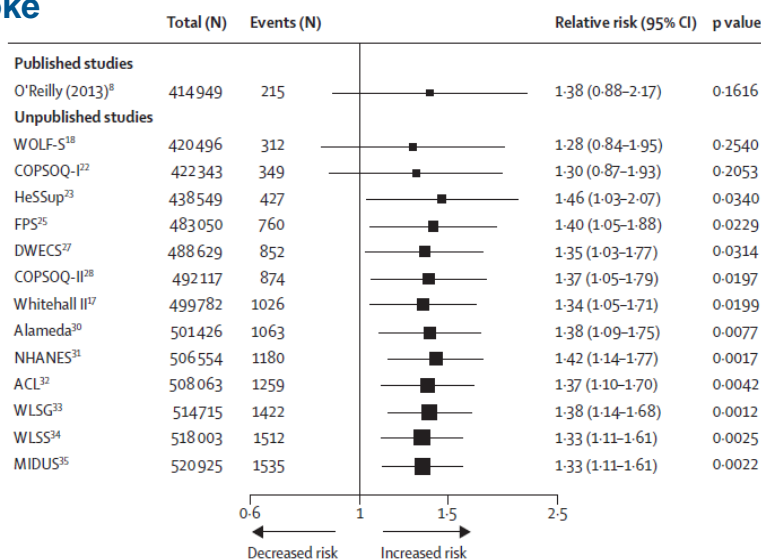
- Total cholesterol or hypercholesterolaemia
- Systolic blood pressure or hypertension
- Diabetes

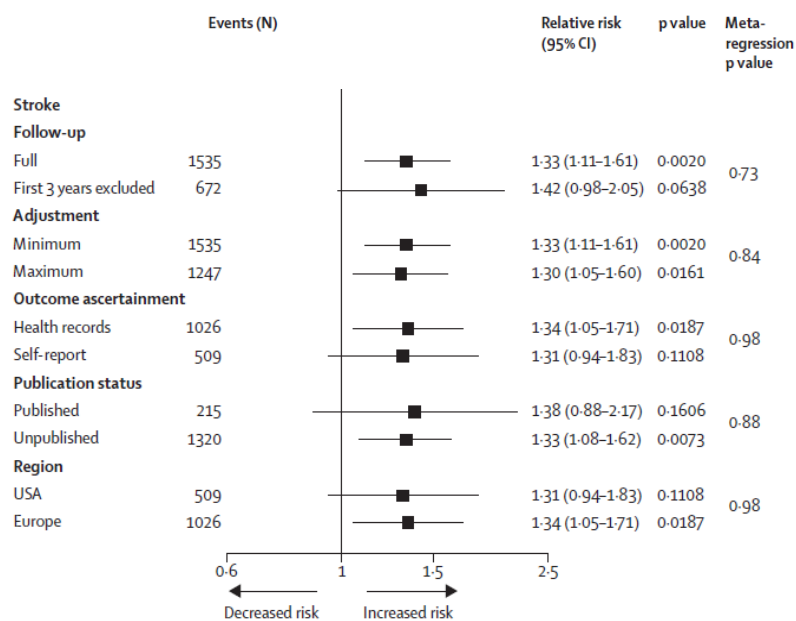
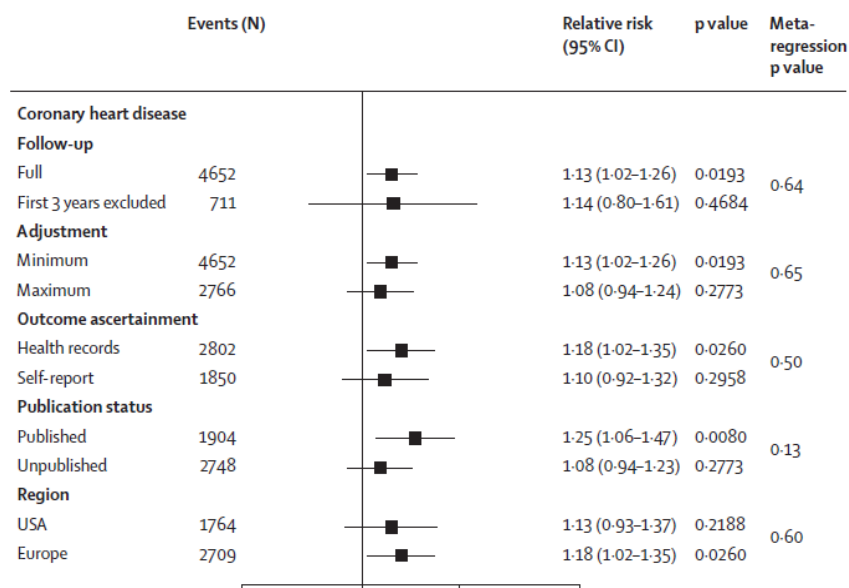


## CHD



## Stroke





## Discussion

Individuals who work 55h or more per week have a 1.3 times higher risk of stroke

Association independent from sex, geographical region or stroke ascertainment

Weaker association between long working hours and incident CHD

Consistent with other studies



## Limitations

- Availability bias
- Respondent/Measurement bias: working hours were self-reported only once, variables missing
- High loss of follow up in some studies
- Data not harmonized for salt intake and blood-based risk factors
- Outcome misclassification
- Data only from high income countries





## Further research

Inclusion of more risk factors and diseases

Improved measurement of working hours and its variations

Harmonization of the measurement of risk factors and outcomes